ACADEMIE DE PARIS
UNIVERSITE RENE DESCARTES

FACULTE DE MEDECINE
NECKER - ENFANTS-MALADES

N° 113

Année 1975 N° (1)

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

PAR

André Gilles VIDON
Interne des Hopitaux Psychiatriques de la Région Parisienne
né le 30 octobre 1948 à Pully (Suisse)

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19 .....

- **La visite psychiatrique à domicile**
- **Réflexions sur un an de pratique**

Président : M. Y. PELICIER, Professeur

(1) Le numéro de la thèse sera porté par le service de la bibliothèque après soutenance.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544728_0044

A C A D E M I E D E P A R I S

U N I V E R S I T E R E N E D E S C A R T E S

FACULTE DE MEDECINE

NECKER - ENFANTS - MALADES

Année 1975 T H E S E N°

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

André Gillee V I D O N

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Région Parisienne

Né le 30.10.48 à PULLY (SUISSE)

Présentée et soutenue publiquement le 19

LA VISITE PSYCHIATRIQUE A DOMICILE
REFLEXIONS SUR UN AN DE PRATIQUE

Président : M. J. PELICIER, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A ma Mère

A mon Père

A mes Frères

Avec toute mon affection

A Monsieur le Professeur Yves PELICIER

Qui Nous Fait l'Honneur de Présider cette Thèse

A Monsieur Le Docteur Robert HAIAT

A Monsieur le Professeur Agrégé Roger PERELMAN

A Monsieur le Docteur Pierre BAILLY SALIN

A Madame le Docteur Françoise GEKIERE

A Madame BLES-RENATEAU

A Mes Maîtres dans les Hôpitaux :

A Madame le Docteur Françoise GRASSET

A Madame le Docteur Suzanne HOUILLIER

A Madame le Docteur Nicole RICHARDEAU

A Monsieur le Docteur Jean-Louis AUBER

A Monsieur le Professeur Agrégé Roger MISES

A Monsieur le Docteur KIPMANN

A Madame le Docteur J. BERNFELD

Aux Equipes Soignantes de l'Hôpital CHARCOT

Aux Equipes Soignantes de l'Hôpital PERRAY VAUCLUSE

Aux Equipes Soignantes de la Clinique Georges HEUYER

A Mes Amis

A Monsieur le Docteur G. VACOLAS

Qui Nous a conduit à travers les chemins de l'Inconscient.

TABLE DES MATIERES

- Introduction..... 1

- Présentation..... 5

- Observations..... 12

- Reflexions..... 56

I- la V.A.D. en question

II- le signalement

III- Les psychotiques et la VAD

IV- Les déments séniles et la VAD

V- le groupe divers et la VAD

- Conclusion..... 106

- Bibliographie..... 107

I N T R O D U C T I O N

INTRODUCTION

Depuis la sectorisation, en 1960, de nouvelles techniques d'approche de la maladie mentale sont en élaboration.

Parmi elles, la visite à domicile (V.A.D.), tient une place privilégiée dans ce que l'on a coutume désormais de nommer la "continuité thérapeutique".

Qu'elle apparaisse épisodiquement ou qu'elle constitue la base même de la prise en charge au cours de la continuité des soins, la V.A.D. n'en reste pas moins controversée par certains auteurs.

La critique habituelle formulée à l'encontre de la pratique des visites à domicile est celle de l'intervention abusive du psychiâtre dans la cité.

Aller au domicile d'un patient sans que celui-ci ne nous y ait invité est une violation du principe du libre choix du médecin par le malade.

A l'inverse, un patient connu de l'équipe psychiatrique s'enferme chez lui et prévient le tout venant qu'il va se laisser mourir ; ne pas se rendre à son domicile peut être considéré comme un refus de prise en charge, et alors répondre de la non assistance à personne en danger.

Notre patient fuit la relation, mais n'est pas sans ignorer la présence du psychiâtre et de ses moyens d'intervention :

S'il n'est pas capable d'exprimer une demande d'aide explicite, nous croyons que comme le comateux accidenté au bord de la route, sa situation implique une demande implicite qu'il espère être reconnue (Ph. Paumelle).

S'il s'enferme ainsi chez lui c'est en réaction à la peur qu'il éprouve, au sentiment qu'il a de l'hostilité du monde extérieur.

"Il aspire à trouver une relation avec autrui mais ne peut y parvenir, ne sous-estimons pas sa douleur et sa souffrance, elles sont difficiles à percevoir car constamment masquées par l'usage défensif qu'il fait de la dispersion de ses affects". (M.Klein)

Autrement dit M. Klein nous invite à savoir assumer la peur de l'entourage habituel de notre patient, à ne pas "tomber dans le piège du faux-self" (Winnicott) et à compter sur la perception du vrai-self. Ce n'est que dans ces conditions que nous lui éviterons les réponses inadéquates qui lui sont toujours faites.

Savoir quitter nos institutions pour nous rendre à son domicile, c'est lui témoigner qu'il n'y a pas abandon des soignants, que l'on est capable de s'impliquer dans son drame intérieur, lui assurer que notre présence n'est pas dangereuse.

Ainsi, nous croyons que l'on peut débuter "au lieu même où nait la situation aliénante, une relation thérapeutique qui aura souvent pour avantage, soit d'éviter l'hospitalisation, soit de la préparer"

Ce travail va relater l'expérience d'un an de pratique de visite à domicile (V.A.D.), dans le cadre d'un dispensaire d'hygiène mentale d'un arrondissement de Paris, et concernant exclusivement des adultes.

- Nous allons tout d'abord exposer les conditions dans lesquelles elle a eu lieu.

- Ensuite, nous relaterons neuf observations (choisies pour leur exemplarité).

- Enfin, nous en tirerons quelques réflexions.

P R E S E N T A T I O N

a) LES VISITEURS

Dans toutes les expériences de visite à domicile, rapportées dans la littérature, les visiteurs se déplacent au domicile du malade à plusieurs personnes et il est exceptionnel qu'un visiteur se rende seul au domicile d'un malade.

Dans la plupart des cas les visiteurs sont au nombre de deux : soit un médecin et un infirmier, soit deux infirmiers, soit enfin un médecin et une assistante sociale ; plus rarement les visiteurs sont nombreux, (jusqu'à 5 ou 6 : médecin, infirmiers, psychologues, assistante sociale.)

Dans notre pratique nous sommes toujours intervenus à deux : l'assistante sociale du secteur et moi-même.

Cela pour deux raisons : les visites à domicile partent, dans notre expérience, exclusivement du dispensaire (où il n'existe pas encore de poste d'infirmier de secteur) et la situation géographique de l'hôpital (éloigné de plus de 30 Kms de son secteur) explique que les infirmiers n'aient pas participé aux visites à domicile, celles-ci n'ayant pas pu avoir l'hôpital comme point de départ.

L'association (assistante sociale + médecin) ainsi réalisée à ses avantages :

- les problèmes psychologiques et sociaux sont toujours intriqués dans l'exercice de la psychiatrie publique

- le couple de visiteur ainsi réalisé est bisexué et cela présente un certain intérêt sur le plan relationnel.

- l'Assistante Sociale est un "membre permanent" de l'équipe et constitue un "référent" pour tous (soignants, soignés) au niveau du dispensaire.

- la confrontation de deux vécus est utile dans l'orientation des décisions à prendre.

Enfin, se déplacer à deux évite que la pathologie rencontrée ne déborde un soignant isolé.

Ces arguments, pour élaborés qu'ils soient, n'en sont pas moins suspects de rationalisation et nous verrons plus loin, le caractère défensif qu'ils constituent devant la situation anxiogène que réalise la visite à domicile.

Nous insisterons, enfin, sur l'importance du travail réalisé par l'assistante sociale de secteur dont les activités sont multiples :

-à côté de ses activités habituelles socio-administratives,

-elle doit s'insérer dans l'activité institutionnelle

-enfin en contact direct avec les difficultés du patient et de sa famille elle doit pouvoir à tout moment intervenir au niveau de la prise en charge.

Clé de voute de l'activité du secteur elle coordonne le travail en équipe au niveau du dispensaire.

b) LES VISITES

En un an nous avons visité 22 personnes

Malheureusement nous ne disposions que d'une demi journée par semaine pour réaliser les visites à domicile, en conséquence :

-leur fréquence en était limitée

-elles s'effectuaient à jour fixe

et notre disponibilité en était d'autant restreinte.

La fréquence des visites à ces 22 personnes a été très diverse, ainsi :

nous avons fait 1 V.A.D. dans 5 cas,
2 V.A.D. dans 5 cas,
3 V.A.D. dans 4 cas,
4 V.A.D. dans 3 cas,
10 V.A.D. dans 5 cas,
(ou plus de 10)

La répartition de ces 22 visités se fait grossièrement en trois grands groupes nosographiques :

I	-	Psychose	9 cas	27
II	-	Etat déficitaire	6 cas	41,5
III	-	Divers *	7 cas	31,5

*(n'entrant pas dans les deux groupes précédants : névrosés, alcooliques...)

Nous avons été amenés à faire ces visites à domicile dans deux circonstances particulières et différentes :

a) à l'occasion du signalement d'un malade par son entourage 16 Cas soit 70 %

N° Observ	Noms	Groupe nosographique	Rapports avec l'hôpit.			Patients	Nombre de V.A.D.	Age
1	Melle R.	schizophréne	H	VPA		S	2	70
2	Mr G.	schizophrène	H	VPA			3	45
3	Me R.	schizophrène	pc	VPA		I	4	46
4	Melle G.	schizophrène	pc	VPA			+10	50
5	Melle O.	schizophrène	pc			G	3	36
6	Me M.	démente sénile	H	VPA			2	90
7	Melle O.	démente sénile	H	VPA		N	+10	88
8	Me W.	démente sénile	H	VPA			+10	89
9	Me M.	démente sénile	H	VPA		A	3	82
10	Me L.	démente alcool. présenile	H	VPA			1	45
11	Melle R.	démente sénile	PC			L	+10	76
12	Mr D.	alcoolique	pc				2	38
13	Me J.	hystérie	pc			E	2	55
14	Melle V.	hystérie	H				4	71
15	Mr Y.	dépressif chro.	pc			S	2	73
16	Mr F.	sensitif	pc				3	40
17	Mr D.	paranoïaque	pc			S	1	49
18	Me G.	p.h.c.	pc			U	1	32
19	Mr S.	schizophréne	H			I	1	29
20	Mr St O.	schizophrène	H			V	+10	41
21	Mr G.	alcoolique	H			I	4	30
22	Me S.	épileptique	pc			S	1	35

V.P.A. = visite de prime abord

H. = hospitalisation à la suite d'une V.A.D.

pc = précure

PC = postcure.

b) dans le cadre de la continuité des soins, malade connu (soit suivi au dispensaire, soit en post-cure de l'hôpital) 6 Cas soit 30 %

De ces chiffres bruts nous pouvons déjà tirer quelques enseignements :

1) contrairement à ce que nous nous attendions, nous nous apercevons que la grande majorité (70%) des visites à domicile a été faite à l'occasion du signalement d'un patient par son entourage et que la minorité (30%) a été effectuée chez des sujets déjà connus et suivis.

C'est à dire que dans 70% des cas nousavons répondu à une demande venant de l'entourage et nous ne connaissions donc pasle patient, réalisant ainsi une visite de "prime abord", ce qui n'est pas sans poser de problème.

2) l'étude de la fréquence des visites à domicile montre qu'il existe deux grands groupes :

-le premier concernant les patients visités d'une à quatre fois (17cas). Il s'agissait d'une prise en charge temporaire qui a trouvé son terme soit dans l'interruption des soins (4cas) soit dans la transformation de la prise en charge (13cas) : -hospitalisation ou le plus souvent consultation au dispensaire.

-le deuxième concernant les 5cas visités plus de 10 fois et correspondant à un essai de prise en charge du type hospitalisation à domicile (H.A.D.)

3) la fréquence de visite à domicile n'est pas corrélée aux trois groupes nosographiques trouvés. A ceci près que le groupe des divers a été légèrement moins visité ce type de patient étant plus disponible à venir au dispensaire, ouce qui a été plus fréquent à interrompre rapidement toute prise en charge.

Nous avons pour habitude lorsque nous recevonsun signalement de convoquer le patient par lettre à la consultation du dispensaire, et en cas de non réponse, de partir en visite à domicile après avoir prévenu de notre passage par une seconde lettre :

-deux des 16 signalés se sont présentés au dispensaire (n°10 et 16) après convocation

-quatre se sont excusés ne pouvant se déplacer (n°12, 13, 14, 15), nous remarquons sur le tableau qu'ils font tous partie du groupe "divers", (les psychotiques et les déments ne répondant pas aux convocations).

-dans neuf cas nous avons eu donc à faire une visite de prime abord (V.P.A1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10) nous le reverrons plus loin.

O B S E R V A T I O N S

OBSERVATION N° 1

Melle R. 70 ans

Psychotique, connue du dispensaire depuis des années mais suivie seulement de loin en loin (parfois il se passe plus d'un an sans qu'on en entende parler). Dans les antécédents on retrouve une bouffée délirante à l'âge de 20 ans qui avait nécessité l'unique hospitalisation que nous lui connaissons.

Depuis plus de 5 ans Melle R. n'est pas descendue de chez elle, elle vit de manière déficitaire, entretenant un délire chronique à minima. C'est sa soeur, Mme O. qui habite le même étage qu'elle qui la ravitaille, mais là s'arrètent, en apparence, leurs rapports car Melle R. développe à son sujet un délire de persécution.

C'est toujours sa soeur qui d'année en année formule une demande de soins, mais s'est toujours opposée à une hospitalisation. C'est elle qui nous appelle encore, cette fois nous demandant d'intervenir, la situation de sa soeur semblant se dégrader. Elle met en avant un état somatique inquiètant.

Lors de la première visite à domicile nous nous rendons d'abord, accompagnés de l'assistante sociale de la mairie qui s'en occupe, chez Mme O. Celle-ci nous donne des compléments d'informations, sa soeur, qui n'a pas bougé de chez elle depuis 5 ans, se fait apporter de la nourriture par elle, ou lorsqu'elle est en vacances par des

voisins complaisants, mais elle laisse toujours celle-ci s'avarier pendant quelques jours avant de s'en alimenter craignant qu'on ne l'empoisonne.

Elle pense également que l'on tente depuis la cage d'escalier de l'intoxiquer par des gaz, enfin elle passe son temps en rituels délirants.

Avertis de tout cela nous nous rendons chez Melle R. L'intérieur de son minuscule appartement est saisissant tous les meubles sont recouverts de papier journal, la porte en est calfeutrée ("pour empêcher les gaz d'entrer"). Les murs suintent d'humidité et les peintures sont dans un piteux état. La cuisine est encombrée et dans un état de saleté repoussante, un frigidaire et une cuisinière neufs sont enveloppés de papier journal et ne sont pas employés : offerts par Mme O. ils ne peuvent qu'être dangereux.

Melle R. emploie un appareil vétuste d'où s'échappe une fuite importante de gaz. De même Melle R. refuse d'employer le radiateur électrique, car c'est "l'électricité", et d'ailleurs son installation électrique est en mauvais état.

Bref, l'appartement est "fellinien" et d'ailleurs son habitante ne détonne pas : recouverte de haillons, coiffée d'un foulard sous lequel elle a accumulé des bas "pour calmer la douleur qu'elle a à l'oreille" elle nous apparaît telle une vieille sorcière décrépie.

Sourde, elle entend quand même ce qu'elle veut. Elle commence d'abord à regretter, de façon logorrhéique, que

nous soyons venus un "jeudi" car elle nous apprend que c'est son seul "jour de repos", les autres jours, nous explique-t'elle, elle est occupée à pleurer les morts de sa famille (le lundi elle pleure les morts décédés un lundi, le mardi unmardi etc... personne n'étant mort un jeudi...)

Elle nous explique qu'il y a du "gaz qui passe sous la porte", et lorque nous lui rétorquons que la fuite vient de son installation vétuste, elle ne veut rien entendre.

Elle accuse sa soeur de vouloir "se débarrasser d'elle", se perd en lamentations sur son sort, et c'est à peine si nous pouvons l'arrêter de parler pour lui dire qu'il faudrait qu'elle se soigne l'oreille (otite chronique) qu'elle s'alimente un peu plus car elle est dans un état de maigreur inquiétante et qu'elle accepte que l'on fasse réparer ses installations électrique et de gaz. Mais elle ne veut rien savoir d'une consultation ORL, d'une prise d'un quelconque médicament ni de l'apparition d'un électricien ou d'un plombier qui viendraient modifier son emploi du temps.

C'est à tour du rôle, l'assistante sociale, sa soeur et moi-même que nous essayons de la convaincre mais rien n'y fait.

Nous nous retirons, en lui annonçant une prochaine visite à domicile, et en la prévenant que nous serions peut-être obligés de l'hospitaliser si rien n'était envisagé d'ici là.

Malheureusement, rien n'ayant évolué lors de la deuxième visite à domicile nous avons été obligés de l'hospitaliser dans le service, où son comportement et son état somatique ont rapidement été transformés.

L'attitude de la soeur doit être ici analysée. Mariée ayant un enfant de 20ans sur le point de partir au service militaire, elle ne travaille pas, et a toujours pris en charge sa soeur ainée.

Néanmoins, son attitude à cette occasion s'est révélée être empreinte d'une certaine ambivalence.

Ambivalence qui s'est traduite par une intense culpabilité, à tel point qu'une semaine après l'hospitalisation de sa soeur (dans des circonstances dramatiques) Mme O. se cassait le col du fémur. Ambivalence qui se retrouvait au sein de notre équipe où l'indication de l'hospitalisation de Melle R. se discutait âprement.

En faveur de l'hospitalisation l'on pouvait retenir : en premier lieu la fuite de gaz, puis l'état somatique de Melle R., enfin le départ imminent de Mme O. en vacances.

Par contre l'état mental de Melle R. ne nous semblait pas une indication majeure : ce délire installé depuis des années, organisé, structuré, se montrerait peu modifiable à court terme quoique nous fassions.

A l'inverse s'opposait à une hospitalisation le risque important defaire décompenser notre patiente en la sortant du cadre de son vécu délirant, où somme toute elle était relativement "à l'aise", une chronicisation probable à l'hôpital, et le sentiment de trop bien répondre au désir

;

de la soeur alors que les arguments mêmes en faveur de l'hospitalisation nous apparaissent teintés d'éxagération la fuite de gaz n'était pas trop catastrophique, l'état somatique de notre patiente pas trop alarmant.

Toujours est-il que l'hospitalisation devait, en accord avec Mme O., être courte, et celle-ci devait en profiter pour refaire à neuf l'appartement de sa soeur

Or, Mme O. est toujours à l'hôpital car des obstacles successifs inhérents à sa volonté se sont opposés à sa sortie : la fracture de Mme O., le retard dans les travaux, etc...

C'est pourquoi il est permis de se demander à postériori, si une autre forme de prise en charge n'aurait pas été mieux indiqué .

OBSERVATION N° 3

Melle R. 46ans

L'histoire psychiatrique de Melle R. est très longue. Il s'agit d'une schizophrène paranoïde qui évolue depuis l'âge de 20ans, et l'on retrouve dans les antécédents des hospitalisations multiples en clinique ou en hopital psychiatrique, une lobotomie effectuée en 1951.

Melle R. est connue du dispensaire depuis 1959, et à feuilleter son épais dossier on s'aperçoit qu'elle a présenté à chaque hospitalisation un aspect différent : état délirant, automatisme mental, dépression atypique, manie atypique, état apragmatique...

Il y est noté que depuis une dizaine d'années il existe une stabilisation de son état, peut-être due à la prise en charge extra-hospitalière, Melle R. s'est à peu près réadaptée socialement puisqu'elle travaille dans un magasin.

Elle a toujours vécu avec sa mère qui est décrite comme une "mère typique de schizophrène". Le père n'est pas mentionné dansle dossier (est-il mort ? ou séparé de la mère ?) Par contre, nous apprenons que notre patiente a une soeur mariée qui a quitté le foyer.

Melle R. est toujours venue au dispensaire avec sa mère envers qui elle porte des sentiments ambivalents : elle ira même jusqu'à la déclarer morte lors d'un épisode fécond ayant nécessité une hospitalisation (en 1971). Actuellement la mère de la patiente est en maison de retraite, et Melle R. vit seule.

Le dossier quoique épais est très incomplet, du fait de la venue irrégulière aux consultations, de la nature des troubles rendant toute investigation précise alléatoire et surtout du fait de la succession de nombreux médecins (au moins une dizaine) dans la prise en charge de Melle R. si bien que nous sommes en possession de renseignements insuffisants.

Par ailleurs, depuis février 1972, Melle R. a coupé toute relation avec le dispensaire à la suite d'une hospitalisation en dehors de la région parisienne.

En septembre 1974 nous recevons un signalement concernant notre patiente, c'est le service de la mairie qui nous envoie une lettre, du gérant de l'immeuble adressée au maire, celui-ci écrit : "cette personne n'apparaît pas être en possession de toute sa raison, elle pousse la nuit des cris dans l'immeuble et fait du scandale ce qui amène une perturbation certaine pour les autres locataires de cet immeuble."

Pour nous résumer, il s'agit d'une femme de 46ans atteinte de schizophrénie paranoïde, au long passé psychiatrique et dont l'état s'est relativement stabilisé depuis 10 ans. Irrégulièrement suivie elle a coupé toute relation depuis deux ans et demi avec le dispensaire, et il semble qu'elle soit en train de rechuter.

Nous ferons quatre visites à domicile chez Melle R. pour tenter d'"accrocher" une relation avec elle.

Les trois premières visites à domicile se dérouleront de manière identique, c'est-à-dire qu'après une ébauche de dialogue, Melle R. se retranche rapidement derrière une réticence absolue qui devient vite opposition et agressivité, elle nous incorpore alors dans son vécu persécutif et nous prie denous retirer moins de 10mn après que nous soyons arrivé.

Melle R., encore jeune d'aspect, nous offre une présentation toute désordonnée, échevelée, elle semble assez sale et surtout est vétue à la "va vite". Son appartement reflète aussi son déséquilibre intérieur : dans l'entrée trainent des paquets de chiffons entassés, dans la cuisine, que nous apercevons par l'entrebaillement de la porte, la vaisselle est empilée, enfin la chambre semble mal tenue.

Logorrhéique et hypomaniaque notre patiente nous conte une histoire confuse de persécution : ce seraient ses voisins, et non elle, qui feraient du scandale dans la maison. Des voleurs se seraient introduits chez elle et l'auraient volée...

Très rapidement, devant notre attitude distante et réservée elle nous met en cause "vous êtes bien docteur ? qu'est ce qui me le prouve ? et puis d'abord vous êtes bien trop jeune pour me conseiller..."

D'abord méfiante elle devient vite réticente et prend a parti les psychiatres "je les connais bien... ça ne sert à rien... je ne veux plus en entendre parler... je n'ai de compte à rendre à aucun dispensaire... je fais ce que je veux... les médicaments ce sont des drogues..."

Elle ne veut rien entendre du signalement dont elle a été l'objet ni de soins que nous pourrions lui porter.

Pour avoir une alliée, nous lui demandons l'adresse de sa soeur, elle nous répond : "je n'ai plus de famille". Elle devient alors agressive "vous n'avez pas le droit d'entrer comme cela chez les gens, et de les importuner", et nous met à la porte..

Lors des visites à domicile suivantes notre contact empirera et à l'occasion de la 4è et dernière visite à domicile

elle ne nous ouvrira pas la porte. Après en avoir discuté, nous décidons de ne plus revenir chez elle, et de "voir venir", apres tout, elle ne nous a pas semblé justifier d'une hospitalisation urgente.

Malheureusement le concierge de cet immeuble était aussi un malade suivi au dispensaire et nous n'avons pu compter sur sa collaboration. Nous nous sommes contentés alors de prévenir le "signaleur" de notre passage et de notre impuissance à aller plus loin qu'une porte fermée, et l'avons conseillé de prévenir le commissariat si son comportement empirait.

Jusqu'à ce jour Melle R. n'a pas été hospitalisée, et il est permis de croire qu'elle s'est stabilisée, et cela peut-être pour une part du fait de notre intervention.

Cette observation pose le problème de la continuité thérapeutique au cours d'une évolution de plus de dix ans.

Il nous semble impossible d'envisager la poursuite des soins extra hospitaliers pendant une période supérieure à 5 ans du fait de la mobilité des éléments de l'équipe de secteur : il n'y a pas que les internes qui changent souvent de lieux de travail, les médecins, les infirmiers, les psychologues l'assistante sociale, eux aussi effectuent plusieurs changements de poste dans un laps de temps aussi élevé.

Dans le cas de notre patiente (suivie au dispensaire depuis 1959) aucun de nous ne se trouvait sur ce secteur il y a seulement 4ans, et seulement l'assistante sociale il y a deux ans.!

Comment envisager alors une continuité dans cette discontinuité permanente des thérapeutes ?

Il est habituel dans un cas semblable de se relayer dans la prise en charge. Mais l'expérience nous a prouvé que les patients suivis depuis longue date réagissent mal à tout changement de thérapeute. Et surtout s'il s'agit de malades graves.

Dans les suites de la prise en charge, lors du décès d'un médecin du dispensaire, nous avons observé trois circonstances évolutives :

-certains patients décompensent, et nous avons compté plusieurs hospitalisations,

-d'autres cessent rapidement de venir consulter après avoir "essayé" en vain plusieurs consultants,

-enfin d'autres, acceptent le changement, mais il faut dans ces cas un long temps d'adaptation durant lequel la relation est très fragile, et surtout il est des faits et des informations sur lesquels nous ne pouvons plus revenir, nous privant ainsi de champs relationnels entiers.

Dans le cas de notre patiente on imagine la difficulté pour elle d'avoir eu à faire face à une dizaine de thérapeutes différents au cours de sonévolution. Et il nous semble que c'est de là que vient l'échec de notre tentative de prise en charge.

En sa présence, nous n'évoquions rien pour elle, rien d'investi.

A l'inverse il est probable que si nous avions connu Melle R. auparavant nous aurions été bien plus armé pour la comprendre et pour savoir "par quel bout la prendre".

Il est très difficile, lorsque l'on n'a qu'une quinzaine de minutes devant soi et fort peu d'informations, "d'accrocher" une patiente dont on ne connaît pas les mécanismes de défence habituels, qui est opposante et en phase aigüe, alors que l'on vient en intrus.

C'est bien souvent dans ces situations acrobatiques une affaire de chance ; savoir trouver la bonne intervention qui fait basculer la situation en notre faveur est question d'intuition et c'est pourquoi il nous semble difficile d'élaborer une "technique de la visite à domicile".

OBSERVATION N° 4

Mme G. 50 ans

est célibataire, psychotique connue du dispensaire, déjà hospitalisée en psychiatrie et suivie en post-cure. Il y a quelques années, le contact avait été perdu avec le dispensaire du fait du déménagement de celui-ci dans de nouveaux locaux et surtout du fait du départ de son thérapeute.

C'est donc plusieurs années après la rupture de soins que nous recevons un signalement par sa concierge qui nous demande d'intervenir car Mme G. semble rechuter : un peu agitée, elle s'enferme chez elle, descend rarement dans la rue et surtout développe à l'encontre de ses voisins un délire de persécution qui s'accompagne d'insultes, de tintamare nocturne, et de passages à l'acte nombreux chez elle (elle laisse ses robinets ouverts, ce qui vide le réservoir d'eau chaude de l'immeuble) et dans la cage d'escalier (son palier en particulier).

Il s'agit donc d'une rechute qui se manifeste bruyamment et dont les échos sont très mal supportés par les co-propriétaires de l'immeuble (en majorité des gens agés, dans un immeuble bourgeois).

Nous la convoquons au dispensaire à une consultation mais ceci sans effet car la concierge nous apprend qu'elle refuse toute lettre, une visite à domicile est alors décidée.

Rendus sur place, nous parlementons à travers la porte que Mme G. refuse obstinément d'ouvrir. Après nous être présentés, nous lui disons que nous aimerions bien lui parler. Mais nous nous heurtons à un refus motivé semble-t'il, comme elle le dira parlapeur "d'être embarquée" comme elle l'a déjà été il y a quelques années.

Nous avons beau lui expliquer que nous sommes seuls et que nous venons justement pour éviter que la situation n'empire, rien n'y fait, elle nous rétorque être suivie par son médecin généraliste et qu'elle n'a besoin d'aucun autre médecin, et coupe rapidement ce début de contact en se réfugiant dans le fond de son appartement loin du bruit de la sonnette et de nos voix.

Elle entraîne avec elle sa petite chienne "praline" qui, elle, gratte à la porte et aboie encore, comme si elle voulait empêcher aussi sa chienne d'entrer en contact avec nous.

Nous rejoignons alors Mme P. la concierge de l'immeuble extrêmement coopérante. Elle nous dit être son amie, nous raconte une hospitalisation précédente de Mme G. en placement d'office tout à fait dramatique dans les mêmes circonstances, alors qu'elle s'enfermait chez elle comme dans une forteresse, et le traumatisme qu'en a gardé Mme G. et redoute qu'il ne faille intervenir à nouveau de la sorte

Nous décidons de faire intervenir le Dr L. son médecin traitant. Cela échouera.

Nous revenons donc par deux fois en visite à domicile

dans les jours qui suivent et c'est à chaque fois le même tableau : Mme G. nous dit qu'elle n'a besoin de personne et se réfugie rapidement au fond de l'appartement en entraînant sa chienne.

Il faut avouer que nous faisions belle figure : parler avec quelqu'un que l'on ne connait pas de derrière une porte laisse libre cours aux fantasmes les plus extrêmes, et il était facile de s'imaginer, devant son agressivité, Mme G. ouvrant la porte armée d'un couteau...

Angoissés, impuissants notre seul résultat positif était la relation engagée avec la concierge qui s'avérait de plus en plus coopérante. Ainsi apprenions nous la part importante que tenait dans l'existence de Mme G., ses voisins. Ceux-ci étaient vécus comme persécutants, se mêlant de ses affaires privées, reprochant à Mme G. sa vie sexuelle qui semble avoir été dissolue. (jusqu'à ce jour, outre une relation avec un certain "jeune homme" qu'elle nous assure "être mentionnée dans le dossier" et dont elle a tiré du préjudice, nous ne savons pas quelles furent ses activités quoique nous la soupçonnons fortement d'avoir été péripatétitienne).

Une fois exprimés, ensemble l'assistante sociale et moi-même, ces fantasmes d'agressivité que nous avons ressentis ils nous apparaissent comme le piège qui nous est tendu, à savoir, entrer dans le jeu des voisins affolés, et par là même se couper de toute approche d'elle, au dépens d'une écoute attentive d'une demande implicite que Mme G. ne peut ignorer puisqu'elle s'est déjà retrouvée dans cette situation.

C'est l'avantage des visites à domicile à deux, que

de pouvoir se contrôler mutuellement, et d'en prendre le temps.

Forts de l'assurance retrouvée dans cette analyse de nos sentiments face à Mme G. nous décidons d'y retourner une quatrième fois et d'introduire un petit subterfuge , Mme P. la concierge simulera dans tout l'étage le relèvement mensuel des compteurs, et comme elle a l'habitude de le faire ouvrira les portes des co-propriétaires avec son passe. C'est ainsi qu'elle nous ouvre la porte de Mme G., qui paraît et, qui après un léger conciliabule analogue à ceux déjà passés, nous prie d'entrer chez elle.

Nous resterons ce jour là ½ heure chez elle, très quérulente au début, elle nous dira ne pas être folle, ne pas vouloir nous parler (car nous n'avions pas à nous mêler de la vie des gens), parlera de notre démarche comme d'une enquête policière et se montrera très agressive envers l'assistante sociale, tentant de la mettre mal à l'aise (lui demandant ce qu'elle faisait, si elle portait une perruque alors qu'elle semblait plus conciliante envers moi, voire érotisant la situation.

Au fur et à mesure que le temps passait, que nous contrôlions relativement son agressivité et que nous nous montrions le plus banalisateur possible (c'est-à-dire le moins agressif possible) le contact s'améliorait.

Nous nous étions présenté comme venant du dispensaire du quartier prendre de ses nouvelles, rien de plus. Un fait important qu'il faut rapporter ici est l'action qu'à joué "Praline" le petit caniche, dans ce premier contact.

En effet, Praline m'accepta d'emblée et je lui montrai de l'intérêt en le caressant et en demandant à Mme G. de m'en parler. Durant ce dialogue, Praline allait de sa maîtresse à moi même en un va et vient continu, ravi.

Praline joue un grand rôle dans la vie de Mme G. nous le saurons plus tard au dispensaire elle s'en occupe, dira-t'elle textuellement "comme si c'était mon bébé", et elle ajoutera ensuite que c'est un peu grâce à lui qu'elle s'en était sortie.

Progressivement au cours de l'entretien nous n'étions plus ressenti comme des "flichiatres" venant poser des questions , et Mme G. nous parle de ses voisins qui l'ont toujours espionnée, qui l'ont toujours mal jugée, nous assure qué si elle n'avait été propriétaire de son appartement voilà bien longtemps qu'elle aurait été renvoyée de l'immeuble. Nous raconte le vécu horrible d'une première hospitalisation en placement d'office par l'intermédiaire de l'infirmérie psychiatrique, les brutalités qu'elle en avait gardé, le séjour "à l'asile de fous" dans des conditions pénibles et la peur qu'elle a d'y retourner.

A cela, nous lui répondons que nous sommes exactement chez elle pour que cela ne se reproduise. Elle nous dit déscendre tous les jours dans la rue pour les besoins de son chien, pour lui acheter de la nourriture, elle même semblant s'alimenter normalement. Par contre elle dort mal. Nous en profitons pour tenter de lui prescrire des neuroleptiques sédatifs et elle finit par accepter "pour dormir le soir" un comprimé de nozinan 50mg. Nous prenons rendez-vous pour une prochaine visite et nous partons.

Nous reviendrons deux fois chez elle, elle nous ouvrira spontanément la porte, et le scénario sera identique à chaque fois. D'abord, agressive,ou un peu hypomane et réticente, elle se montre ensuite plus "raisonnable", dans une relation de transfert positif à mon égard et de transfert négatif envers l'assistante sociale, pouvant ainsi projeter sur nous son ambivalence.

Néanmoins, elle refuse encore de nous parler d'elle-même des circonstances qui l'ont fait rechuter et nous nous gardons bien d'être trop inquisiteurs, puisqu'à chaque question que nous lui posons elle se sent en danger et commence d'abord par se défendre. (nous apprendrons plus tard le rôle déclenchant d'une maladie de sa mère qu'elle avait été garder en province et qui l'avait bouleversée).

Au cours de la 2è et 3è visite à domicile nous avons modifié son traitement, passant à deux prises matin et soir de nozinan 50 et XX gouttes d'haldol.

A la fin de la 3è visite à domicile, nous lui disons que nous ne viendrons plus la voir chez elle, et que nous l'attendons au dispensaire la semaine prochaine.

Elle est effectivement venue, et depuis est régulièrement suivie au dispensaire.

OBSERVATION N° 7

Mme O. 88 ans

Nous est signalée par une assistante sociale de la mairie à la suite de l'intervention d'un voisin la prévenant des sorties nocturnes de Mme O., quine sait plus "quand est le jour et la nuit".

Il s'agit d'une femme agée qui nous ouvre facilement sa porte. Elle habite seule un petit appartement coquet, décoré par les nombreuses oeuvres de son père, sculpteur dont elle a été l'unique fille.

Elle nous présente un aspect fort honorable et est aimable et prévenante. Mais bientôt nous nous apercevons qu'à côté de conduites habituelles automatisées il existe des champs entiers de ses fonctions intellectuelles qui sont détériorés.

Ainsi il existe une altération importante de la mémoire de fixation alors que l'évocation est conservée et elle s'étend longuement sur sa vie passée dans un milieu d'artistes, amis de son père, de ses relations importantes maintenant disparues, de son métier d'interprète dont elle est retraitée, de la solitude résultant de son grand âge, de la disparition de ses proches et amis, avec beaucoup de nostalgie et une peine authentique. Elle se rend compte de ses trous de mémoire "je n'ai pas plus de mémoire qu'un lapin, en ce moment" nous répétera-t'elle à chaque visite à domicile, mais ne semble pas trop en souffrir, se

...

plaignant surtout d'un manque de volonté et d'un laisser aller que l'on pourrait traduire par une baisse d'efficience dans l'adaptation à sa situation, un degré d'incurie, un déficit de l'idéation se traduisant par des phénomènes de persévération, des répétitions, en effet elle sort peu de chez elle, (nous confirmera la concierge) reste couchée pratiquement tout le temps, temps, qu'elle ne sait plus bien distinguer : confondant les saisons, les heures du jour et de la nuit, alors que sa désorientation dans l'espace semble moindre puisqu'elle est capable d'aller s'alimenter chez les commerçants du quartier.

Elle est tout à fait isolée, nous dira-t'elle, n'ayant plus qu'une petite cousine éloignée qu'elle "n'a vu de longtemps" et dont elle ne pourra nous donner l'adresse malgré nos demandes réitérées lors de chaque visite à domicile, ne pouvant avoir accès à l'agenda où elle la tient inscrite.

Elle ne connaît par ses voisins, et ne veut d'ailleurs pas frayer avec eux "sait-on quels gens ce sont ?".

Des amis, elle n'en a plus. La concierge elle "s'en méfie" et ne veut entendre parler d'une aide ménagère hypothétique que nous pourrions lui trouver. Elle est donc à la limite du délire de préjudice.

Quant à son état physique on peut dire qu'elle est en excellente santé.

A la suite de cette première visite à domicile, nous étions assez embarrassés : sans aucune collaboration avec un entourage qui aurait pu nous aider à maintenir Mme O.

à son foyer et sans service d'hospitalisation à domicile.

Néanmoins nous nous sommes décidés de suivre régulièrement Mme O. en visite à domicile et de "voir venir" en surveillant son évolution.

Chaque visite à domicile fut désormais identique.

A notre arrivée nous tirions Mme O. du lit, qui nous accueillait en robe de chambre fort gentiment, sans toute fois nous reconnaître, nous priait de nousasseoir et nous tenait le même discours stéréotypé émaillé de temps en temps de réminiscences sur sa vie passée exprimant son angoisse devant sa solitude et sa décrépitude que sans vraiment la percevoir elle soupçonnait, ses idées dépressives quant à la limitation de ses activités et de sa sociabilisation, ses petites idées de préjudice à l'égard de sa parente dont elle se disait abandonnée (elle oubliait à mesure que celle-ci était son seul appui !) comme nous allons le voir.) Et à chaque fois, nous étions embarrassés de ne pouvoir la prendre plus pleinement en charge, impuissants devant le vide de sa vie, et étonnés de s'apercevoir qu'elle se maintenait à l'encontre de sa pathologie à son domicile sans aucune autre aide d'autrui.

Enfin un beau jour, elle retrouve son agenda et nous livre l'adresse de sa parente éloignée : celle-ci convoquée nous apprend qu'elle s'occupe activement de sa grand-tante venant la voir une à deux fois par semaine, lui téléphonant tous les jours pour la faire se lever !

Nous collaborerons efficacement avec elle rejetant pour l'instant l'idée d'une maison de retraite, nous bornant à mettre en route une mesure de tutelle et à continuer comme

par le passé des visites à domicile espacées et en prescrivant lucidril 250mg n°3.

Nous la suivrons ainsi pendant plus de 9 mois. Au bout de quoi, la petite cousine ne pouvant plus assumer une telle prise en charge (elle habite dans un quartier éloigné) a décidé de lui trouver une maison de retraite. Il est permis de penser que si nous avions pu soulager celle-ci par une prise en charge de notre part plus importante, telle une hospitalisation à domicile, Mme O. aurait pu rester chez elle longtemps encore.

Cette observation montre combien il est possible de maintenir dans leur milieu habituel les patients déments séniles à condition que ceux-ci conservent une certaine efficience et qu'il existe un entourage qui coopère avec l'équipe médicale.

De notre part, il est vrai, nous nous sommes bornés à des visites espacées, ne pouvant matériellement faire plus (et nous voudrions ici rappeler encore une fois l'intérêt qu'aurait eu chez cette patiente une hospitalisation à domicile si elle avait été possible), au cours desquelles nous avons eu une action de soutient en lui permettant de trouver des interlocuteurs compréhensifs et patients qui ont su faire émerger et recueillir l'angoisse, la dépression et le vécu persécutif.

OBSERVATION N° 10

Mme L.

Nous est signalée, par un voisin qui alerte l'assistante sociale de la mairie, pour un comportement perturbant: elle viderait ses poubelles au milieu des WC communs, déposerait des excréments sur son paillasson.

Dans un premier temps, comme nous le faisons toujours pour les signalements, nous la convoquons par lettre à une consultation du dispensaire. C'est son mari qui se présente.

Il s'agit d'un homme de la quarantaine, d'aspect négligé, curieusement vêtu : il entasse sur lui toute une série de chandail que recouvre une grosse gabardine sale.

Rapidement il nous apparaît débile léger, mythomane, et extrêmement quérulent surtout à l'égard du "corps médical" qu'il accuse d'incapacité et à qui il reproche de le séparer de sa femme par de multiples hospitalisations.

Celle-ci, nous dira-'il, vientd'être justement hospitalisée pendant plus d'un an dans un hôpital psychiatrique périphérique pour les troubles qu'elle présente encore actuellement et qu'il nous décrit être des pertes de mémoire, et des petits troubles de l'orientation.

Néanmoins il refuse avec obstination de considérer sa femme comme malade et développe de pitoyables tentatives de banalisations : "c'est parce qu'elle est fatiguée, cela

reviendra". De même, il niera énergiquement les petites perturbations que sa femme entraîne dans l'immeuble, les mettant sur le compte d'une persécution de la part du voisin plaignant.

Enfin, il qualifiera les médecins qui se sont déjà occupés de sa femme, d'incapables, puisqu'ils ne l'ont pas améliorée et surtout d'aliénistes pour l'avoir enfermée pendant plus d'un an.

Sa femme n'a pu venir, terminera-t'il, parce qu'en convalescence d'une fracture du col du fémur, ce qui se révèlera relativement inexact, celle-ci pouvant déjà très bien se déplacer. Cette fausse excuse servira néanmoins de prétexte à nous rendre sur place en visite à domicile en accord avec lui, pour mieux évaluer la situation. Lui-même ne pouvant être là le jour de la visite à domicile car il se décrit comme un homme très occupé, travaillant comme coursier (avec un vélomoteur) parfois des jours et des nuits entières, ce qui fait qu'il laisse souvent sa femme seule plusieurs jours d'affilés, trouvant à dormir ailleurs !

Rendus sur place nous en profitons pour aller voir le voisin plaignant et la concierge qui confirmeront tous deux les "méfaits" de notre patiente et nous en apprendront d'autres : Mme L. a toujours sur elle un papier portant son adresse et qu'elle montre dans la rue à des passants pour qu'on la ramène chez elle ; les perturbations qu'elle occasionne dans son immeuble ne se comptent plus et elle a été l'auteur de nombreux larcins "involontaires" et"innocents" chez les commerçants du quartier.

Mis en présence de Mme L. la profondeur des troubles confusionnels nous frappe, elle est quasiment incapable de se situer dans le temps et l'espace. Il s'agit d'une femme de 45 ans de présentation particulièrement négligée qui parle de façon tout à fait monotone et terne.

Le déficit intellectuel, les troubles du jugement et de la mémoire sont manifestes et importants mais c'est surtout l'incurie qui nous inquiète, debouts dans l'encadrement de la porte, ne pouvant entrer dans ce minuscule logement.

Il s'agit d'une petite chambre de bonne, meublée d'un lit étroit et encombrée d'une chaise sur laquelle se tient Mme L. (que l'on imagine ainsi prostrée toute la journée) et d'une multitude d'objets inutiles qui s'entassent dans le peu qui reste de place : bouteilles vides, vieilles boîtes de conserves, instruments de cuisine, chiffons, habits en tas, nourriture avariée...

Mme L. ne se rappelle rien : sa famille, sa jeunesse, son enfance, son mariage tout cela est englouti dans le vide mental qu'elle nous présente. Sa vie journalière, son état actuel lui sont impossibles à décrire, son mari ? "oui, il doit rentrer..." mais quand ? où ? avez vous mangé ? mangerez-vous ? questions qui laissent Mme L. dans une perplexité obscure.

Devant un tel état de détérioration, nous décidons d'une hospitalisation dans le service de cette femme encore jeune pour un bilan étiologique, évolutif et thérapeutique. Le mari, reconvoqué, acceptera avec

ambivalence cette décision et Mme L. sera hospitalisée à partir du dispensaire où Mr L. l'avait accompagnée.

Le diagnostic porté après observation dans le service : démence présénile alcoolique profonde.

Mme L. restera quelques mois à l'hôpital sans que son mari ne se manifeste, même à des convocations au dispensaire, puis un beau jour, viendra, quérulent, nous obliger à la laisser sortir avec lui, déménagera hors du secteur, et nous n'en entendrons plus parler.

Cette observation est exemplaire dans ce qu'elle a d'extrême ; il s'agit d'un déficit profond des fonctions intellectuelles qu'accompagne une désintégration totale des conduites sociales, de plus Mme L. est réèllement isolée.

La visite à domicile motivée par un signalement à la mairie et par l'incapacité prétextée de Mme L. à se rendre au dispensaire nous a permis d'examiner l'état objectif des faits rapportés par le signalement et par le mari et de conclure à la nécessité d'une hospitalisation

Nous sommes au dispensaire avertis qu'il existe un déviant sur le secteur qui occasionne des troubles psychologiques.

Le mari qui se présente nous donne une autre version des faits, atténuée, banalisée. Ce n'est qu'à l'occasion du déplacement que l'on se fera un avis objectif de la nature psychiatrique des troubles mentionnés et que l'on concluera à la nécessité d'une prise en charge.

Le signalement, dans ses termes, est habituel , banal, et laisse préjuger à son examen d'un état démentiel.

L'attitude du mari mérite d'être analysée. Il se présente à nous comme un bon mari qui s'occupe de sa femme, refuse d'en être séparé, et prétend qu'il n'existe aucun trouble mental sérieux.

Néanmoins, il rompra tout contact avec elle (et nous) du jour où elle sera hospitalisée, contact qu'il reprend uniquement pour exiger sa sortie sans accepter aucune structure de prise en charge ultérieure.

En ce qui concerne son agressivité à notre égard en tant que médecins, elle s'explique par le fait que sorti d'une famille médicale bourgeoise (avec qui nous avons d'ailleurs correspondu, et laquelle se montrait très réservée à son égard), il a "mal tourné" et en est considéré comme le mauvais sujet. Ce conflit familial favorisant le développement d'un système persécutoire envers l'équipe n'a pas permis une collaboration, ici indispensable, dans une attitude thérapeutique ouvers Mme L.

Ainsi, celle-ci est condamnée à suivre son mari dans sa transhumance, de déménagement en hospitalisation en nouveaux déménagements, ce qui ne peut qu'augmenter sa dérive.

OBSERVATION N° 11

Melle R. 76 ans

Nous est adressée dans le service au titre de la rectorisation (depuis un hôpital général où elle a transité) avec le diagnostic de démence sénile.

Melle R. est concierge depuis plus de vingt ans dans la même maison du quartier, on ne lui connaît aucun antécédent psychiatrique.

Elevée à l'assistance publique, elle n'a pas eu de famille et ne s'est pas mariée. On lui a toujours connu un caractère sthénique et autoritaire, et a toujours bien rempli les fonctions de son travail. Nous recueillons ces informations de la bouche de Melle M., son amie de toujours, concierge également à quelques rues de là.

Melle R. a présenté récemment un déficit intellectuel et mnésique qui est apparu progressivement et qui motive son hospitalisation actuelle.

Il s'agit d'une patiente qui porte remarquablement son grand âge, à la santé physique encore solide et qui s'active sans cesse dans le pavillon.

A l'examen on retrouve un petit déficit global de ses fonctions supérieures avec prédominance des lésions sur la mémoire de fixation comme cela est habituel. Il existe encore une note confusionnelle portant surtout sur la désorientation dans le temps. Mais ce qui est au premier plan

est un délire peu structuré, peu organisé, à mécanisme interprétatif et à thèmes persécutifs que l'on peut nommer délire de préjudice.

Sous traitement et après deux mois d'hospitalisation son état s'est remarquablement amélioré, notamment le vécu délirant a disparu, si bien qu'en accord avec Melle M nous décidons de la faire sortir.

Les modalités de sortie sont simples : Melle R. va passer la journée dans sa loge et regagne le domicile de Melle M. le soir. Elle y prendra aussi le déjeuner de midi.

Melle M. est ainsi transformée en garde malade et veille aux prises de médicaments, aux repas, au sommeil et au bien être de sa camarade. Il est décidé bien entendu que nous les suivrons toutes les deux en visite à domicile hebdomadairement.

Cette première tentative de sortie échouera malheureusement au bout de quelques mois. En effet, Melle M. s'avère rapidement incapable d'assumer la sthénicité de Melle R., celle-ci s'étant toujours montrée autoritaire à son égard.

Après quelques semaines de vie commune, Melle R. décide de réintégrer complètement sa loge et bientôt ne prend plus ses médicaments. La situation se dégrade rapidement, à la mesure du réveil de son délire qui deviendra hallucinatoire, Melle R. devient bruyante dans son immeuble et les plaintes des co-locataires se multiplient.

A Ce stade les visites à domicile ne sont plus efficaces et nous décidons de réhospitaliser Melle R; d'autant plus que son congé vient de lui être signifié et qu'elle risque de se retrouver dans la rue.

Néanmoins là ne s'arrête pas l'histoire de cette patiente : Melle M. en amie fidèle vient voir régulièrement Melle R. à l'hôpital, et, depuis peu, nous avons trouvé une solution intermédiaire, Melle R. part en permission de temps en temps chez Melle M. pour une durée de 10 à 15 jours, durant lesquelles nous les suivons à domicile.

OBSERVATION N° 12

Mr D. 39 ans

Mr D. nous est signalé par la commission prévue par la loi du 15 avril 1954 (Alcooliques Dangereux).

Mr D. a été interpellé par un motard, alors qu'il déboitait, au volant de sa voiture, sans avoir mis son clignotant et de manière inconsidérée.

Il s'en suit une altercation avec le policier qui constate que Mr D. est en état d'ébriété, et remarque des bouteilles de bière vides dans la voiture.

Une alcoolémie alors pratiquée objective un taux de 3,60 g/litre, et une expertise est demandée.

Celle-ci a eu lieu, et la commission joint au signalement les conclusions du médecin expert : "personnalité névrotique très fragile, dans une phase dépressive réactionnelle à différents échecs socioprofessionnels. De façon non formulée par lui, l'alcool joue surement le rôle de médicament... Il s'alcoolise massivement et cette alcoolisation a un retentissement somatique grave : en particulier amaigrissement considérable.

Il minimise sa consommation, aussi bien le jour des faits, alors qu'il dit être abstinent depuis plusieurs mois, il a un alcootest très fortement positif, le matin à 9 H 30. Nous sommes en présence d'un cas très grave, qui est susceptible de retentir sur la santé des enfants.

Dans ces conditions, la commission médicale demande que Mr D. fasse l'objet d'une prise en charge très serrée de la part du dispensaire d'hygiène mentale à qui elle le confie... et souhaite être tenue au courant de son évolution..."

C'est-à-dire que nous sommes pratiquement obligés de faire des visites à domicile si Mr D. ne veut pas venir au dispensaire.

Mais voyons d'abord quelques éléments biographiques.

Natif de la Guinée, Mr D. y a encore son père, chef d'une petite tribu agé de 75 ans, sa mère agée de 67 ans, et neuf frères et soeurs (issus de différentes épouses de son père).

Il a réussi le baccalauréat à Konackry et y a été diplomé d'une école de travaux publics (agent technique).

Arrivé en France depuis l'indépendance de son pays (1958) il a travaillé dans différents bureaux d'études pour le bâtiment, et à la télévision pendant trois ans (il a suivi parallèlement des études de cinéma). Depuis quelques années il ne travaille plus qu'irrégulièrement, faisant de l'intérim épisodiquement.

Depuis quelques mois, il est au chômage, non secouru, et sa situation est critique.

Mr D. s'est marié en 1969 avec une femme française qui a actuellement 34 ans, et dont il a deux filles (12 ans et 1 an). Celle-ci travaille comme assistante dentaire et subvient actuellement aux besoins de la famille.

Nous convoquons donc Mr D. à la consultation du dispensaire Celui-ci s'excusera de ne pouvoir venir, donnant pourexcuse son enfant en bas âge qu'il est obligé de garder cette après-midi là.

Nous lui proposons alors une visite à domicile et prenons rendez-vous avec lui.

Arrivés chez lui, nous sommes d'emblée frappés par la bonne tenue de l'appartement. Celui-ci est décoré dans un style moderne avec beaucoup de recherche et de goût et certains aménagements judicieux nous font penser à des illustrations de magazines spécialisés. Nous sommes à vrai dire assez surpris, nous attendant à voir (avec certains préjugés) un "transplanté-alcoolique-au-chômage", donc dans des conditions matérielles difficiles.

Mr D. nous apparaît comme un petit homme maigre, aux traits fins mais à l'expression assez figée, habillé avec élégance et soin.

Le tout nous donne une impression très favorable, ce dont nous faisons part à Mr D., qui enchaîne aussitôt d'une voix plaintive et accablée :"...oui, nous avions essayé de construire quelque chose de bien, nous avons aussi une jolie petite voiture, mais tout cela va bientôt partir..."

Il nous apprend en effet qu'à la suite d'un crédit de voiture non payé, tout va être saisi prochainement.

Il envisage avec clairvoyance et intelligence sa situation profesionnelle actuelle :"elle est dramatique et ne peut plus durer": il est couvert de dettes. Il y a "crise" dans le bâtimnet et il n'arrive pas à "trouver un travail adapté à ses qualifications".

Tout cela est exprimé de manière douloureuse et résignée mais à côté de cette dépression évidente, il existe une note affective plus trouble : Mr D. ne nous donne pas l'impression de rechercher diligemment du travail, et surtout il nous dira "ne pas être prêt à prendre un poste de responsabilité légèrement inférieur à ses qualifications, même temporairement".

Par ailleurs, depuis quelques mois il se cantonne dans un rôle de "baby sitter", laissant sa femme assumer seule les responsabilités pécuniaires du couple et de ses deux enfants.

Enfin, et bien qu'il soit réellement maigre, il émet de nombreuses plaintes d'allure hypochondriaques ausujet de son poids, de son manque d'appétit, de sa déchéance physique.

Le tout nous donnant l'impression d'un état très régressif, avec préoccupations hypochondriaques et même légèrement persécutoires. Alors que pour parler de sa situation sociale il s'était montré détendu, voire même trop à l'aise (nous faisant penser à une part probable de jubilation devant l'amoncellement de ses difficultés) il se montrera tout à fait réticent à aborder le problème de son alcoolisme, ce pour quoi nous nous étions déplacé.

Il niera avoir "jamais été ivre", nous affirmera "ne boire qu'un quart devin à chaque repas", et ne rien ingérer d'autre par ailleurs. Les bouteilles de bière dans la voiture trainaient là depuis longtemps, elles lui servaient à se désaltérer épisodiquement. Il pense que l'alcoolémie objectivant 3,60g/litre était due à une erreur grossière. Certes, il parle alors d'une période de surconsommation, mais celle-ci est très ancienne et a été réduite sur les conseils de sa femme et de son médecin. Par ailleurs, il ne nous a pas donné l'impression d'être imprégné, le jour de cette discussion.

C'est surtout cette négation totale de son intempérance qui a alerté les médecins de la commission des alcooliques dangereux, et que nous retrouvions ici.

Enfin, Mr D. se montre très opposant à une prise en charge dont il ne voit pas la nécessité : "j'ai de grosses difficultés matérielles, et je ne vois pas en quoi aller vous voir au dispensaire changera ma situation."

Position qu'il peut aisément tenir puisqu'il refuse obstinément de se reconnaître "malade".

Néanmoins, nous lui rappelons qu'il est tenu par la commission médicale de venir nous consulter, ayant fait l'objet d'un signalement.

C'est avec mauvaise grace qu'il accepte alors un rendez-vous au dispensaire, et nous le quittons après lui avoir prescrit un fortifiant sur sa demande.

Les suites de cette visite à domicile sont simples : Mr D. ne viendra pas aux rendez-vous, nous ferons une nouvelle visite à domicile sans le trouver à son domicile. Il viendra néanmoins prévenir l'assistante sociale du dispensaire (dans les jours suivants la seconde visite à domicile, et peut-être en réaction à la lettre que nous avions glissé sous sa porte ce jour là et qui était assez sèche) qu'il avait trouvé du travail, que désormais tout "allait bien" et qu'il était inutile que nous continuions à le "relancer".

Devant ce refus de prise en charge, nous avons alors rendu compte de l'évolution à la commission médicale qui nous l'avait signalé. Celle-ci a jugé bon, alors de reconvoquer Mr D. et de le mettre sous la dépendance du service d'application central de la loi de 1954.

Ce cas montre bien la difficulté qu'il y a à suivre un alcoolisme névrotique.

Tout d'abord, il faut signaler que le jour de la visite à domicile Mr D. pouvait très facilement venir au dispensaire (sa fille aînée pouvait garder le bébé comme elle en avait l'habitude) et il est bon de s'interroger sur les motivations qui l'ont poussé à nous faire nous déplacer chez lui.

Peut-être pensait-il que nous nous découragerions et ne viendrions pas ? Cela est possible, et il faut bien avouer qu'avant de "passer la main" au service d'application de la loi de 54, nous aurions pu insister un peu plus.

Peut-être appréhendait-il de venir au dispensaire, et se sentait plus en sécurité chez lui ? Cela est certain, surtout si l'on considère son aspect régressif, et l'investissement affectif important dans l'aménagement de l'appartement.

Enfin et cela est primordial, il devait savoir qu'une fois chez lui, "invités" en quelque sorte, il nous serait très difficile d'avoir une position de force quant à son alcoolisme qu'il avait alors beau jeu de dénier.

De notre part, l'impossibilité dans laquelle nous étions de faire des visites à domicile le soir, nous a empêché d'entrer en contact avec sa femme, ce qui aurait pu être une voie d'abord possible.

OBSERVATION N° 13

Mme J. 54 ans

' Nous recevons une lettre du CPOA quinous apprend que Mr et Mme J. ont consultés à Henri Rousselle au milieu de la nuit du 8.12.73, et que l'interne n'ayant pas jugé de la nécessité d'une hospitalisation, nous l'adresse au dispensaire et nous joint un résumé de la consultation.

Voilà comment se sont passés les évènements :
Mr J. a appelé S.O.S. Médecin, cette nuit là devant l'agitation de sa femme. Celui-ci aurait conseillé une consultation au C.P.O.A. "c'est le docteur de S.O.S. qui a voulu qu'on l'emmène ici, moi je n'y suis pour rien".

Mr J. 71 ans rapporte qu'il est marié (sans enfants) depuis 12 ans, que sa femme est alcoolique et que depuis deux ans celle-ci "...rabache sans cesse les mêmes choses, sa vie ancienne, sa famille en Alsace, tous les soirs jusqu'à 1Heure du matin, elle crie sans raison, veut me frapper, m'étrangler depuis toujours et consomme énormément de somnifère..."

L'interne du CPOA note encore que Mr J. n'a jamais déposé de plainte officielle et qu'il semble redouter sa femme.

Quant à Mme J. il la trouve : "effectivement effrayante, elle est deux fois grande comme son mari", elle lui dira ce soir là :
"mon mari est alcoolique, mais lui boit dehors et moi dedans car je ne peux pas sortir du fait de l'ostéite de ma jambe...il veut me faire enfermer parce que c'est moi qui ai de l'argent...ma mère

est décédée en juin 71, pour moi elle était tout (elle pleure) maintenant j'ai un petit chien, mais il ne peut pas me parler, lui".

L'interne du CPOA conclut : "mésentente conjugale, scènes d'argent, couple sadomasochiste dans lequel les rôles semblent être inversés. Retour chez elle, adresse donnée du dispensaire de secteur."

Dés le lendemain de son passage au CPOA, Mme J. téléphonera au dispensaire à plusieurs reprises, réclamant une visite à domicile, (ne pouvant se déplacer à cause de sa jambe), dont elle exagérera l'urgence avec une grande dramatisation, se plaignant de son mari "qui veut me faire enfermer". Un rendez-vous est pris pour la visite à domicile nous recevrons avant d'effectuer celle-ci les papiers du CPOA, dont nous venons de tirer l'essentiel.

L'appartement de Mme J. est composé d'une grande pièce en longueur. De part et d'autre de la pièce, se faisant face deux lits jumeaux semblent s'observer. Le "coin" de Mme J. est bien entouré : la télévision lui fait face, elle a une table de nuit surchargée, une chaise, la radio... Par contre, Le lit de Mr J. est isolé.

A l'entrée de cette pièce, une grande table autour de laquelle nous nous asseyons.

D'emblée, la physionomie, l'attitude, les gestes et le discours de Mme J. sont très maniérés et théatraux. Elle monologue d'une vois plaintive, entrecoupée de discrets sanglots. "Mon mari veut se débarrasser de moi, mais je ne suis pas folle, au contraire, c'est lui qui a un comportement anormal, il n'a plus d'argent et veut le mien... il veut me faire interner pour vendre

l'appartement qui est à mon nom... je suis très malheureuse depuis la mort de ma mère, quand elle était ici, il n'osait pas... il me fait des chèques (elle nous en montre une liasse) contre de l'argent que je lui donne, mais je ne peux les toucher car son compte est vide..."

Tout ce discours plaintif et aigü, sera accompagné de mimiques expressives, de minauderies exagérées. Il nous sera par ailleurs, fort difficile de l'interrompre, de lui poser des questions visant à dédramatiser la situation, il s'agissait d'un véritable monologue logorrhéique.

Elle pense qu'il lui a transmis une "mauvaise maladie" lors d'un rapport sexuel il y a quelques mois, la preuve "c'est que je suis actuellement enrouée..." Elle se plaint de sa jambe dont l'état actuel est la conséquence d'une mauvaise fracture opérée de multiples fois, et qui l'a fait horriblement souffrir.

"Mon mari est alcoolique, continue-t'elle, et me bat souvent, il était voyageur de commerce et ne travaille pratiquement plus". Effectivement, Mr J. est encore obligé de travailler, malgré son grand âge du fait de l'absence d'une retraite.

Assez impuissants devant ce discours que nous n'arrivions pas à contrôler, et dont nous suspections l'exagération et le caractère persécutoire, nous décidons de nous revoir, mais en présence du mari.

Cette réunion a lieu, au dispensaire, et il nous apparaitra alors rapidement au cours de cet entretien que Mme J. s'applique à jouer dans son ménage "la poison" de Sacha GUITRY, et que son mari réagit par l'indifférence la plus totale.

C'est vrai aussi qu'il a des conduites masochiques importantes qu'il compense épisodiquement par des conduites agressives envers sa femme, et par un alcoolisme tout à fait modéré, mais ce qui nous a le plus marqué c'était la souffrance de Mme J.

Celle-ci était atteinte dans sa féminité par une prise importante de poids, par la ménopause, par son âge, atteinte également dans sa motricité, et était le sujet de douleurs très importantes.

Elle compensait tout cela dans un alcoolisme récent, mondain et relativement discret et dans des conduites théâtrales et dramatisées. Si bien que nous décidions de prendre en charge Mme J. par une psychothérapie de soutien et une prescription (Neuleptil xxxgouttes).

Nous nous sommes mis d'accord pour nous voir au dispensaire, cela étant l'occasion pour Mme J. de sortir, ne jugeant pas nécessaire de nous rendre chez elle régulièrement et le problème de sa relative impotence étant réglé par la prise d'un taxi pour venir nous voir.

Nous suivrons Mme J. jusqu'aux vacances, après lesquelles nous n'en entendrons plus parler, et il nous est permis de croire que cette prise en charge temporaire a stabilisé la situation. (nous lui avons d'ailleurs fait une autre visite à domicile, car ayant des travaux chez elle, elle ne pouvait se déplacer.)

OBSERVATION N° 14

Melle V. 71 ans

Ne sort plus de chez elle. Elle y reste en permanence couchée, refusant toute alimentation solide.

C'est Madame R., marchande de journaux au Kiosque du coin de la rue, la seule relation de Melle V., qui alerte l'assistante sociale de la mairie.

Melle V. vit seule depuis la mort de son frère, il y a quelques mois (ils habitaient ensemble). Ce décès soudain semble l'avoir précipitée dans la maladie. Elle a été hospitalisée pendant un mois ½ à l'Hôpital BEAUJON pour troubles digestifs. Elle en est sortie depuis trois semaines, date à partir de laquelle elle ne se nourrit plus.

Il s'agit d'une Chyprioto, établie en France depuis des années, et qui vivait avec son frère des maigres revenus, de biens, qu'ils possèdent encore à Chypre.

Depuis le décès de celui-ci, il semblerait que Melle V. ne touche plus d'argent, l'affaire étant au nom de son frère, et le compte en banque bloqué.

Nous décidons d'aller voir Melle V. Arrivés devant sa porte, c'est Mme R. qui nous ouvre, elle est la seule a avoir les clés et reste l'unique personne à lui rendre visite.

C'est avec beaucoup de raillerie que la concierge, à qui nous nous sommes adressés, pour connaître l'étage, nous a répondu.. De toute évidence celle-ci est très agressive envers Melle V. et l'on ne peut escompter un recours de sa part

Nous entrons dans l'appartement qui s'avère être composé d'une seule pièce de taille moyenne et nous sommes d'emblée frappés par l'atmosphère étrange qui s'en dégage, Melle V. est couchée, nous tournant le dos, Une petite table, à son chevet, est encombrée de boissons diverses, de cosmétiques nombreux, et d'un bassin sanitaire. C'est le seul coin de la pièce qui semblait vivant, éclairé faiblement par une ampoule sans abat-jour, placée au dessus de la tête de Melle V.

Le reste de la pièce est plongé dans la pénombre : en plein jour les épais rideaux sont hermétiquement clos.

Le visage de notre patiente, si bien mis en valeur nous apparaît pâle, décharné, fatigué, mais outrageusement fardé.

Sous les couvertures on distingue à peine les formes de Melle V. que l'on imagine fluettes.

A demi surprise de notre visite, elle commence d'une voix monotone, mais empreinte à la fois d'autorité et de plainte, le récit de ses divers malheurs.

Elle se plaint d'avoir toute sa vie souffert de ses intestins, d'avoir eu de "l'amibiase", de "l'entérocolite intestinale", des "colites", de la "colibacillose", bref tout le répertoire de la nosographie digestive,y passe en termes médicaux précis, entrecoupé de la description des douleurs terribles qu'elle a endurées, nous prenant à témoin de son martyre.

Elle cite les nombreux examens qu'elle a subis, "transit intestinal", "lavements", "prélèvements"... les

"illustres" professeurs qui l'ont "auscultée", les séjours à l'hôpital, avec les dates précises et la durée des séjours, les tourments qu'elle y a subis, et conclut avec une sorte de fatalité réjouie et beaucoup de commisération pour elle-même ; "actuellement je ne peut avaler une seule bouchée sans déclencher des souffrances horribles et, ne peut boire qu'un peu de thé" que lui prépare Mme R. et qu'elle est donc résolue à se laisser mourir.

Devant ce discours qui aurait pu être un délire hypochondriaque, s'il n'était une dramatisation un peu théâtrale, nous nous sentions confinés dans un rôle de témoins, et ceci d'autant plus, par l'attitude de Mme R. qui lui donnait la réplique et se prêtait à son jeu, que par la forme et le contenu du discours lui-même.

C'est dire que la relation s'acheminait vers l'affrontement phallique, puisqu'aucune des tentatives que nous faisions d'amener la relation à un niveau soignant-soigné, c'est-à-dire à un niveau où s'exprime et est entendue une demande de soins n'aboutissait, sinon à un durcissement de sa position.

Elle ne nous parlait que de son symptôme, refusant d'aborder avec nous la mort de son frère, qui semblait sous tendre son état actuel, son état financier. Il en était de même de sa jeunesse et de sa maturité, des pays qu'elle avait connus, de ses projets, etc...

On peut dire qu'elle nous refusait toute autorité, toute possibilité d'écoute, ne nous considérait pas comme interlocuteur valable, nous ayant d'emblée retiré toute valeur thérapeutique.

nous abstenant de tout acte agressif, c'est-à-dire de tout affrontement, nous décidions de surseoir à une décision pour l'instant, la situation étant critique mais pas encore urgente, et de repasser la semaine prochaine pour voir comment les choses avaient évoluées.

Sur le palier nous tentions de sécuriser Mme R. sur la situation et tentions de lui faire sentir ce qu'une pareille conduite pouvait cacher de manipulation et combien la compassion, ici, ne pouvait qu'alimenter cette conduite.

Malheureusement, les deux visites à domicile suivantes n'ont pu débloquer le rapport de force institué, et devant l'état cachectique grandissant de Melle V. nous avons été obligés de l'hospitaliser en placement volontaire dans le service.

Elle y est restée plusieurs mois, et en a tiré de grands bénéfices, puisqu'actuellement elle en est sortie valide et sans aucune idée d'anorexie.

Néanmoins, on ne peut dire qu'une relation thérapeutique se soit jamais instituée, malgré le maternage important qui lui a été prodigué à l'hôpital et les tentatives nombreuses de thérapie.

D'ailleurs, s'il avait été convenu à sa sortie de l'hôpital de la suivre régulièrement en visites à domicile, celles-ci se sont rapidement interrompues devant l'absence de collaboration de notre patiente.

R E F L E X I O N S

I - La visite à domicile en question :

visite intempestive ou continuité de prise en charge ?

1) Le Domicile

La société, le travail, les "autres" exercent sur nour une pression permanente qui se traduit par un état de tension psychologique.

-le domicile est le lieu électif de refuge contre cette agression extérieure (le domicile c'est l'"intérieur"), c'est la "retraite régénératrice", "l'intimité restructurante", la "coquille" dans laquelle nous nous retirons loin du bruit, de la foule, c'est l'endroit où l'on se sent en sécurité, où les défenses se relâchent.

Le domicile nous ressemble. Il reflète notre personnalité, notre identité, et parfois, notre pathologie s'y projette. C'est le lieu d'intégration de nos rêves, de nos fantasmes, c'est là que l'on abrite notre vie privée, que l'on cache nos secrets, nos tabous, notre vie sexuelle, nos rituels quotidiens.

-notre "mystique" propre s'y élabore à travers les objets personnels, hérités,choisis, investis au œurs de notre évolution.

C'est là que se tissent les liens familiaux, l'intimité, le réconfort ; du domicile partent nos relations vers l'extérieur ; c'est là que nous recevons nos amis.

Puisqu'il nous ressemble, qu'il est le lieu d'intégration de notre personnalité et de nos liens relationnels, le domicile est investi d'une charge affective très importante. C'est de là que nous vient

la suspiscion ancestrale envers les nomades, les "S.D.F.", le domicile témoignant de l'implantation de l'individu dans la communauté, lui inférant une idendité au sein du groupe.

-C'est pourquoi tout déménagement implique un travail de deuil, et une nouvelle dépense d'énergie pour s'identifier, s'intégrer au nouveau logement, au nouveau quartier.

-Dans les dessins d'enfants, la maison est le lieu électif de projection des angoisses et des désirs.

-Dans l'observation n°14, Melle V. avait "organisé" son intérieur pour qu'il participe à refléter son état de cachexie.

-Pour Melle G. (observation n°4) la cage d'escalier, les voisins étaient au premier plan de son vécu persécutif.

2) Les résistances à aller au domicile

Le domicile est protégé : les Droits Universels de l'Homme, et la Loi Française le rendent inviolable. Ce n'est que dans des conditions précises et exceptionnelles que des policiers ont le droit d'y pénétrer. C'est l'endroit où aucun intrus ne peut pénétrer sans y être invité.

-cette inviolabilité du domicile lui confère un caractère sacré : la "violation de domicile", la "profanation du domicile".

-c'est peut-être, ce qui, pour une part, explique les résistances de certains à pratiquer les visites à domicile, il y a là une notion d'interdit à transgresser, une culpabilisation à enfreindre une loi universelle.

Par ailleurs il est très difficile d'abandonner le cadre sécurisant de nos institutions et de nos attributs pour se déplacer dans le territoire de l'autre.

-après avoir quitté la blouse blanche, il nous faut maintenant quitter les lieux mêmes qui nous définissent et nous protègent pour aller chez notre patient.

-qu'avons nous à lui proposer d'autre que notre identité comme surface de projection ?

-nous allons le voir sans rien d'autre à lui donner, nous n'avons pas la trousse du praticien ni même le matériel de soins de l'infirmier, ni même encore la promesse d'un succès palpable.

-c'est l'individu qui se déplace et n'a à proposer que sa propre personnalité, sa capacité à s'impliquer.

-non seulement nous n'avons plus de moyens de défense (blouse blanche, bureau, dispensaire...) mais ceux-ci sont même exactement contre indiqués et c'est "les mains nues" qu'il faut se déplacer en visite à domicile.

Woodburry note les fantasmes multiples qui s'imposent alors à nous : "rendre visite aux patients chez eux soulevait en chacun de nous des émotions profondes et des fantasmes archaïques : crainte d'être déshabillé, d'être mangé, battu, tiré, enlevé, mutilé, défait, humilié, ridiculisé, poursuivi, jeté par l'escalier, la fenêtre, étranglé, dévalisé, kidnappé."

Cette situation anxiogène provoque les réactions les plus diverses :

-certains utilisent des attitudes d'évitement phobiques et refusent d'aller en visite à domicile tout en rationnalisant à ce sujet : ce ne serait pas aux équipes psychiatriques d'intervenir mais à l'entourage, pour bien signifier que ce sont les proches et non les "gardes-fous" qui demandent au patient de se soigner.

-d'autres emploient des moyens de défenses divers, la visite à domicile à deux visiteurs à ce titre étant un mode contraphobique d'aménagement de la situation anxiogène, tout se passe comme "si"en y allant à deux l'on emmenait un bout du dispensaire avec soi" et que l'on se réassurait dans la présence de l'autre soignant témoin de notre identité.

Enfin, il y a aussi pour certains, une prise de conscience du "pouvoir psychiatrique", et la réticence à partir en visite à domicile témoignerait d'une défense contre le désir d'en abuser.

L'intervention au domicile posant la problématique de "la liberté du malade mental qu'il n'est pas facile de délimiter :

-vis à vis de sa maladie qui peut porter atteinte à son jugement,

-vis à vis de son entourage qui agira pour lui,

-Vis à vis de son entourage social qui s'inquiéte des dangers qu'il lui fait courir.., et quant au coût de sa maladie

et posant la problèmatique de notre liberté, difficile à apprécier :

-par rapport à nos motivations personnelles,
-par rapport à la demande excessive qui nous est présentée,
-par rapport à la société qui nous emploie et devant qui nous sommes responsables."

3) Le médecin au domicile

Et pourtant le médecin généraliste, lui, pénêtre dans les foyers. Il y est bien accueilli, investi qu'il est de l'image du "médecin de famille", on lui fait confiance, on se réassure à son passage, il connaît la famille, il a le droit de pénétrer dans l'intimité et les secrets les plus cachés, sa personnalité propre a, déjà à elle seule, un pouvoir thérapeutique, il est précédé d'une aura quasi-magique puisque "dés que nous avons appelé le médecin et que nous savons qu'il va venir, cela va déjà mieux".

L'assistante sociale, elle aussi, a droit d'entrée, mais dans des domaines plus limités, on lui soumet les problèmes socio-administratifs, socio-économiques, d'éducation, d'emplois.

A l'inverse le Médecin aliéniste du début du siècle reste cantonnéà l'asile et compte sur la ségrégation sociale qui se fait selon le mode tolérance/ rejet, pour étudier ce que le fou offre à son observation : la pathologie mentale nue, coupée de toute attache socio-familiale.

Depuis l'apparition de la psychiatrie dite sociale, sous l'impulsion du courant d'idée Anglo-saxon des années

39-45, de l'élaboration dans les années 50 du concept de la continuité thérapeutique, c'est-à-dire "le principe de l'unité et de l'indivisibilité de la prévention, de la prophylaxie, de la cure et de la post-cure", et de l'apparition en 1960 de la sectorisation, le médecin aliéniste tend à abandonner l'asile pour s'implanter dans la cité.

La pathologie ainsi replacée dans un contexte social élargi a suscité des réponses nouvelles de la part du psychiâtre d'asile, d'où le florissement dans les deux dernières décennies de dispensaires de secteur, d'hôpitaux de jour et de nuit, d'ateliers protégés, et de toute une activité extra-hospitalière

A ce titre la visite à domicile symbolise le retour du psychiâtre dans la cité.

Dans ce sens, aller voir un patient à son domicile est lui signifier qu'une relation peut s'établir en dehors des structures hiérarchiques et asilaires habituelles.

Le psychiâtre dans la cité a abandonné ses murs, et voudrait devenir le "psychiâtre de famille".

Avec J. Hochmann, nous pensons que "la désaliénation du fou commence avec la désaliénation des thérapeutes et des lieux d'exercice thérapeutiques".

4) <u>le signifié de la visite à domicile</u>

Aller voir le patient chez lui c'est lui témoigner de l'intérêt, c'est lui signifier que l'on peut s'interes-

ser à lui sans pour autant l'enfermer, lui donner l'étiquette de "fou".

Aller le voir dans sa famille, c'est l'investir d'une responsabilité familiale et sociale qui lui est retirée à l'hôpital.

Inversement, c'est rappeler à la famille ses obligations.

L'hôpital est un lieu où le patient est irresponsable, dépouillé, deshumanisé et "à sa regression correspond la communauté régressive de l'hôpital psychiatrique ; exclu du temps et de la réalité, le malade quitte le cours de son histoire qu'il ne peut plus assumer. Comment sortir si la vie au dehors a été oubliée ou investie d'une angoisse que la communauté hospitalière avait supprimée de par sa fonction maternelle ?"

Aller le voir chez lui, en tant qu'individu, c'est lui montrer que l'on peut l'aider, au dehors des structures institutionnelles, à se réinsérer dans "le cours de son histoire", c'est lui montrer que l'on désire participer à sa réintégration sociale, qu'il fait, au même titre que nous, partie de la communauté.

Ainsi dans l'observation n°4 de Melle G., une fois entrés chez elle, et après qu'elle eût compris que nous n'étions pas venus "pour l'embarquer", que nous n'étions plus les représentants d'une autorité psychiatrique, protégés par tout le système défensif asilaire, nous devenions deux individus capables de nous impliquer dans son malaise, et nous-mêmes n'avions plus qu'une souffrante devant nous, dont il fallait arriver à dégager la demande.

5) La visite à domicile n'est pas un "pour voir"

La visite à domicile n'est pas une méthode de surveillance, niun moyen de satisfaire notre voyeurisme.

Le domicile est l'endroit où il nous est le plus aisé :

-de comprendre la façon dont le malade vit sa symptomatologie à l'endroit où elle apparaît,

-d'analyser la pathologie projetée dans l'appartement,

-d'étudier la structure familiale dans son milieu naturel.

C'est le lieu où le patient réintégré dans son identité propre, familiale, et sociale, est le plus à même de s'exprimer librement.

L'expérience le prouve, nous avons quasiment toujours été bien accueillis au domicile, où la politesse et les manières civiles sont habituelles et ne font que traduire le plaisir qu'il y a à accueillir chez soi quelqu'un qui vous rend visite. C'est une situation inversée que de recevoir chez soi le psychiatre ! Le visité est celui qui est le plus en sécurité. Partant de là,le patient s'exprime plus librement, ses gestes sont plus spontanés, son discours est moins clos qu'à l'occasion rigide d'un entretien.

Nous nous installons autour de la table, il nous est souvent proposé un rafraîchissement, la famille se regroupe à notre arrivée, les échanges fusent. Notre visite catalyse la communication familiale ; nous pouvons prendre contact avec les membres de la famille qui ne s'étaient pas encore manifestés, nous acquerons ainsi une existence pour tous. L'information s'en trouve

accrue, et nous avons tout loisir, dépassant la pathologie restreinte au seul patient, d'observer celle qui passe par les proches, d'analyser les conflits qui tissent la trame familiale, d'étudier celle qui s'inscrit dans les lieux, (c'est-à-dire d'observer l'espace imparti dans le domicile à notre patient et la façon dont il est occupé.)

6) <u>les différents types de V.A.D.</u>

Tous entrent dans le cadre de la continuité thérapeutique "de la prévention à la post-cure"

Un des types de la visite à domicile est celui qui a lieu au sortir de l'hôpital, elle permet d'assiter le patient :

-dans des démarches administratives compliquées,

- à l'occasion d'une recherche d'emploi,

-et surtout de l'accompagner chez lui, lors des permissions.en pré-sortie, visiter sa famille.

(certaines des visites à domicile se faisant depuis l'hôpital et n'ont pas forcément le domicile comme but)

Ces visites à domicile se font avec l'accord du malade et dans le but de "préparer" sa sortie, c'est déjà lui affirmer que "dehors" il ne sera pas seul et qu'il pourra nous y rencontrer.

De la sorte on peut prévoir avec lui une cure ambulatoire qui aura souvent pour objectif de médiatiser les relations familiales. Le patient à sa sortie de l'hôpital doit s'habituer à nouveau à faire face à tout ce dont l'hôpital l'avait protégé. Une sortie ainsi préparée ne peut que le sécuriser.

Il doit souvent retourner dans sa famille et y affronter à nouveau les conflits dont bien souvent il est le symptôme. A ce niveau aussi il se sent épauléé, nous lui servons de "béquille" temporaire.

A l'inverse sa famille est souvent désemparée à l'annonce de son retour et recherche notre contact.

Il se créé de la sorte un lien entre l'hôpital et les structures extra-hospitalières qui rend le retour à la vie normale moins anxiogène.

La deuxième circonstance provoquant une visite à domicile est la rechute d'un patient déjà connu de l'équipe psychiatrique.

Le plus souvent une intervention en visite à domicile permet d'éviter une hospitalisation ou au pire de la préparer, en tout cas de l'écourter.

Prenons un exemple : Un patient connu et suivi rompt le contact avec l'équipe. Il nous semble légitime de nous inquiéter de son silence surtout s'il s'agit d'une pathologie lourde, de suspecter une rechute et d'intervenir en V.A.D.

Cette intervention sera d'autant mieux vécue, qu'elle sera réalisée par un membre de l'équipe qui a noué une relation avec lui (que ce soit à l'hôpital ou en dispensaire) et qui fera donc référence à quelque chose de connu, d'investi.

La troisième circonstance est plus malaisée, il s'agit de la V.A.D. à l'occasion du signalement d'un patient non connu (visite de prime abord). Elle se pose de deux manières différentes :

A- l'hospitalisation est rendue nécessaire soit immédiatement (nous n'avons jamais rencontré cette situation) soit, le plus souvent, secondairement, après une tentative de prise en charge ambulatoire (ex : observation n° 4 Melle V.) et le patient s'y oppose. Deux solutions sont possibles :

-nous nous chargeons de l'hospitalisation en placement volontaire,

-nous alertons le commissariat du quartier qui prévient l'Infirmerie Psychiatrique qui s'en chargera.

Les avantages de la première solution sont que l'on aura évité un placement d'office, une hospitalisation traumatisante et qui survient en règle, tardivement lorsque la situation a atteint son point de rupture.

L'avantage de la deuxième solution est qu'elle nous évite de sortir de notre vocation de soignants nous évitant d'avoir mauvaise conscience, de nous identifier à des "flichiâtres", de nous sentir agresseurs culpabilisés.

Le malade, lui, se voyant dans la deuxième possibilité emmené "manu militari" dans la prison psychiatrique après un séjour au "dépot", alors que dans la première possibilité il a toujours auprès de lui un soignant disponible.

C'est pourquoi, sans tomber dans le piège qui consisterait à réaliser l'hospitalisation sous le couvert d'une pseudo-attitude "humanitaire", nous pensons qu'il y a d'autres arguments pour que ce soit nous qui nous en chargions

Il nous faut savoir assumer d'être le "mauvais objet", cela lui évitera un placement d'office, et il pourra dès cette intervention établir une relation thérapeutique.

Bien sûr cette prise de position doit être modulée selon les cas, qui seuls nous dicteront notre conduite, étant entendu qu'il est aisé d'hospitaliser contre son gré une démente sénile et bien plus difficile d'intervenir auprès d'un paranoïaque sthénique. Les indications se faisant cas par cas.

B- l'hospitalisation n'est pas nécessaire et nos visites auront pour but :

-d'"accrocher" le patient signalé, d'établir une relation,psychothérapeutique suivie (ex : obs. n°4)

-tout en prescrivant une cure médicamenteuse si elle s'avère nécessaire.

7) <u>l'équipe utopique</u>

Le concept de sectorisation a introduit deux notions :

-l'équipe,

-le travail extra-hospitalier.

Nous pensons que ces deux notions se chevauchent, qu'il ne peut y avoir de bon travail extra-hospitalier s'il n'y a pas d'équipe unifiée.

Dans le cadre de notre secteur, pour l'instant, il n'ya pas réèllement unité de l'équipe mais dichotomie :

il existe une équipe hospitalière composée du corps infirmier dans sa totalité, des médecins, des psychologues et de l'assistante sociale et une équipe extra-hospitalière composée de quelques médecins, de l'assistante sociale et des psychologues (celles-ci ne pouvant se déplacer en V.A.D.)

Ainsi certains membres soignants sont écartés de l'activité du secteur.

Cette dichotomie nous semble néfaste dans la mesure où : "tout patient pris en charge doit pouvoir retrouver l'unité psychiatrique personnalisée qu'il connaît, et vis à vis de laquelle il a pu nouer des liens transférentiels. S'il change l'objet de ses manifestations affectives, il ne pourra qu'établir de nouveaux modes de défense qui seront d'autant plus difficiles à résoudre".

L'équipe utopique serait celle dont tous les membres pourraient intervenir, avec souplesse, aussi bien à l'hôpital que sur le secteur.

Ce n'est qu'à cette condition que la notion d'équipe trouverait sa justification et la continuité thérapeutique sa réalisation.

8) L'infirmier psychiatrique et les V.A.D.

l'asile, lieu concentrationnaire répondait à la ségrégation de la société en offrant une structure permettant l'éloignement et la contention du malade mental.

L'infirmier psychiatrique dans ces conditions était "gardien d'asile".

Avec l'avénement des nouvelles méthodes thérapeutiques en psychiatrie, (insulinothérapie, sismothérapie, chimiothérapie) et le changement de dénomination de l'asile qui devenait Hôpital Psychiatrique, l'infirmier se voyait dévolu le rôle de "celui qui effectue les soins" il était ainsi dans le prolongement de l'action du médecin qui les prescrivait.

Mais avec l'apparition de la psychiatrie institutionnelle (Daumezon), un fossé s'est créé entre le médecin et l'infirmier psychiatrique. Le médecin seul détenteur de ce savoir psychothérapique parle un langage que l'infirmier non-formé ne peut entendre bien que nombre d'infirmiers aient participé à l'élaboration de la pratique institutionnelle.

Cette scission dans le corps soignant est responsable de nos jours de l'immobilisation de bien des services dont l'évolution se fait lentement, freinée qu'elle est par "l'arrière garde asilaire", (composée aussi bien d'administrateurs d'infirmiers que de médecins).

La visite à domicile c'est l'occasion pour l'infirmier de quitter sa blouse et ses habitudes de "gardiennage" pour sortir hors des murs et s'apercevoir que la folie n'y est pas seulement enfermée.

Qu'un infirmier aille en visite à domicile il s'apercevra avec avec Bousquet et Horton que "tout se passe comme si l'établissement du contact soigné/soignant au lieu le plus familier du patient, rétablissait d'emblée celui-ci dans sa dignité la plus entière".

Le malade asilisé, chosifié, nosographié, qu'il fallait

fallait "gardér" prend une dimension humaine et relationnelle et il se posera devant la famille du malade la question essentielle :

mais qui est malade ici ? est-ce vraiment "notre" malade ? où sa mère ou son père ??

L'hôpital ne lui montrait à voir que la pathologie du fou isolé, en visite à domicile il verra tout de suite que tout s'exprime à travers des noeuds relationnels et des barrages de la communation et il acquerra ainsi la certitude que la solution se trouve dans le domaine des techniques relationnelles.

Nous croyons avec Duchêne et Bailly Salin que les "visites à domicile ouvrent enfin la porte du monde extra-hospitalier au personnel infirmier"

Mais l'asile lieu électif de défense contre la folie, a engendré depuis des générations le principe de la non-écoute et les techniques de répression habituelles, et l'infirmier, maintenu par le carcan hiérarchique montre des résistances à sortir du cadre de ses défenses et notamment à imaginer qu'il puisse partir en visite à domicile en abandonnant, comme le psychiâtre, les structures institutionnelles dans lesquelles il s'est aménagé un coin de sécurité, pour affronter à l'extérieur la"folie libérée".

II - Le Signalement

16 des 22 patients de notre échantillonnage, soit 70 %, nous ont été "signalés" par leur entourage.

Aucun d'entre eux n'a été vu à son domicile par un médecin de quartier, appelé par l'entourage pour juger de son état et lui porter des soins.

Ces faits nous méritent réflexion

1) nous énumérerons d'abord, les 16 formulations de signalement. *Les 5 psychotiques signalés :

Les 5 Psychotiques signalés :

Mme R. sa soeur nous téléphone directement pour nous signaler que son état empire, tant du point de vue somatique (amaigrissement, otite) que psychologique (claustration, rituels délirants) et qu'elle souhaiterait qu'on l'hospitalise car elle part quelques jours en vacances, et ne peut donc continuer à s'en occuper ce qu'elle fait depuis des années.

M. G. nous parvient une pétition de locataires et un afflux de lettres à son sujet envoyés par un couple de voisins sthéniques : "il a failli tabasser un locataire qui s'est enfermé rapidement chez lui... il va surement arriver quelque chose de grave avec ce fou... ma femmedest à peine s. elle ose traverser la cour... on ne peut pas traverser la cour sans s'entendre traiter de tous les noms... elles (des voisines) étaient obligées de barricader leurs fenêtres pour éviter les projectiles de toutes sortes lancés par le fou... à la tombée de la nuit on ne vivait plus, il coupait le courant dans l'escalier, et on était obligé avec frayeur de tâtonner pour rentrer chez soi... il errait dans la cour en jouant du tambour..."

Mme R. c'est une lettre du syndic de l'immeuble au maire qui nous est retournée où il est signalé que Mme R.

"n'apparait pas être en possession de toute sa raison, elle pousse la nuit descris dans tout l'immeuble et fait du scandale ce qui amène une perturbation certaine pour les autres locataires de l'immeuble..."

Mme G. sa concierge nous téléphone directement pour nous aviser d'une rechute, elle ne sort plus de chez elle et a un comportement agressif dans la cage d'escalier à l'encontre des voisins.

Mme O. c'est l'assistante sociale de son employeur qui nous avertit qu'elle n'est pas réapparue à son travail depuis quelques jours, sans donner de ses nouvelles, et qu'elle "pourrait rechuter"

* les six patients déments séniles

Mme M. un familier, Mr T., envoie une lettre au dispensaire : Mme M. "présenterait des signes de troubles mentaux..." il signale ensuite ; "un incendie provoqué par la patiente à son domicile, une inondation des caves" toujours occasionnés par celle-ci. Nous avise qu'elle "se promène dévêtue à l'extérieur de chez elle et distribue des billets de banque aux passants", qu"'elle jette 3600 Frs dans une poubelle", qu'"elle perd son chéquier et ses bijoux, mais que l'on retrouve un jour ceux-ci dans une cachette oubliée."

Mme O. c'est une voisine qui prévient une assistante sociale que Mme O. "prend le jour pour la nuit... ne sort pas tous les jours... s'alimente mal... a des pertes de mémoire."

Melle W. c'est l'assistante sociale qui nous signale que "Melle W et Mme A. vivent ensemble depuis 40ans et que Melle W. ne s'occupe plus de Mme A., qu'elles ne sortent plus, qu'elles dérangent les voisins, que Melle M. boirait énormément".

Mme M. c'est la concierge qui prévient une assistante sociale : "elle est désorientée, se perd dans la rue, se lève la nuit et va dans la rue peu vêtue, frappe aux portes des voisins qu'elle dérange, me tient des propos incohérents..."

Mme L. c'est le locataire du dessous qui vient directement au dispensaire se plaindre de Mme L. qui "bouche les WC du palier en y déversant ses ordures" elle aurait par ailleurs un comportement "anormal".

Melle R. adressée depuis un hôpital général pour "démence sénile".

*les 5 patients du groupe divers

Mr D. lettre de la commission des alcooliques dangereux prévue par la loi du 15.4.54 : "Mr D. est une personnalité névrotique très fragile, traversant une phase dépressive réactionnelle à différents échecs socio-professionnels. L'alcool semble jouer chez lui le rôle d'un médicament, et le sujet paraissait très imprégné lorsqu'il fut examiné... De plus la commission signale "que son alcoolisme a un retentissement somatique grave sur sa personne" (amaigrissement considérable) "qu'il minimise sa consommation..." "que cela retentit sur la santé des enfants..." et demande une "prise en charge très serrée du dispensaire"

Mme J. c'est le C.P.O.A. où le mari l'avait accompagnée qui nous l'adresse pour prise en charge : le mari se plaint qu'elle soit "volubile, rabache sa vie ancienne jusqu'à une heure du matin, fait du scandale : elle crie sans raison, veut me frapper m'étrangler, elle consomme énormément de somnifères, elle est alcoolique depuis 15 ans..."

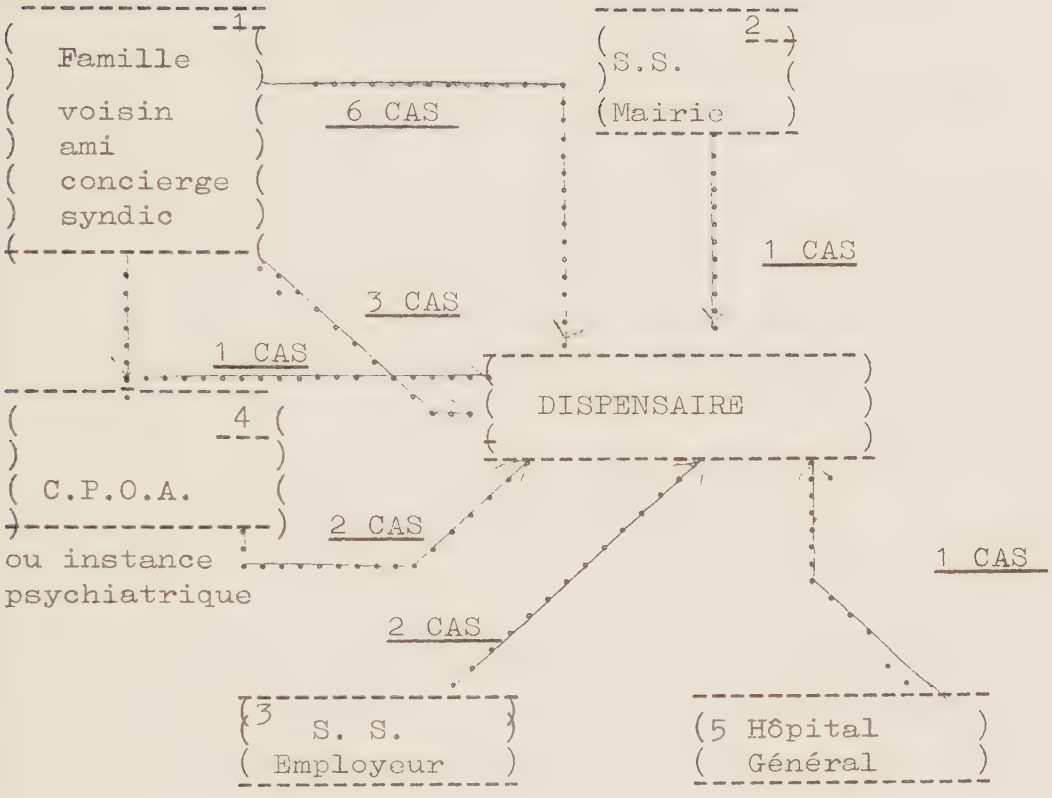
Mme V. c'est une voisine qui alerte l'assistante sociale : "Mme V. ne veut plus rien manger, elle s'enferme chez elle dans le noir et reste couchée, ne veut plus sortir, se laisse mourir..."

M. Y le C.P.O.A. nous l'adresse, Mr Y. "vit seul, dans un état de dépression chronique, ne veut pas se faire hospitaliser, mais demande un soutien..."

M. F. c'est l'assistante sociale de sonemployeur qui nous signale que M. F. n'est plus suivi depuis six mois, il est en arrêt-maladie et ne veut pas nous envoyer de certificat médical, or, dans un mois il ne sera plus payé si cette situation continue..." "c'est un alcoolique..."

2) qui signale ?

Le tableau ci-dessous donne les principaux mode de signalement :



S.S. : service social mairie
Hôpital Général
CPOA
S.S. Employeur

1 L'entourage immédiat a trois façons de signaler le patient :

-en prévenant directement le dispensaire (3cas n°1, 4, 10),

-en passant par le service social de la mairie, modalité la plus fréquente : 6 cas (soit simple coup de téléphone (n°6,7,9,14) ; soit pétition de locataire ou lettre du syndic de l'immeuble (n°2,3)

-soit en emmenant le patient au CPOA, cas exceptionnel : 1 cas (n°13)

2 Le service social de la mairie nous a adressé un cas (Obser. N°8) "dépisté" par les assistantes sociales dans le cadre de leur travail de prévention

3 Deux patients nous ont été signalés par leurs employeurs. Dans ces deux cas les patients étaient connus et suivis (5, 16) et une relation s'était établie entre le service social employeur et nous.

4 Le CPOA nous a adressé deux patients (13,15) dont les troubles nécessitaient une prise en charge ambulatoire. La commission pour les alcooliques dangereux nous a adressé un patient (n°12)

5 Un hôpital général nous a adressé une patiente démente sénile (11)

N° observa.	Signaleur	mode de signalt	Préjudice	Désir conscient	Désir inconscient	Groupe nosographique
1	soeur	D.	non	hospitalisation	culpabilisé	schizophrène
2	voisin	S.S.M.	oui	internement	agressif	schizophrène
3	syndic	S.S.M.	oui	internement	agressif	schizophrène
4	concierge	D.	oui	soins	culpabilisé	schizophrène
5	A.S.employeur	D.	non	soins	-	schizophrène
6	ami	S.S.M.	oui	internement	agressif	démente sénile
7	voisine	S.S.M.	non	soins	-	démente sénile
8	assistante sociale	S.S.M.	oui	soins	-	démente sénile
9	concierge	S.S.M.	oui	internement	agressif	démentesénile
10	voisin	D.	oui	internement	agressif	déme.alco.pré sénile
11	Hl Gl	D.	oui	internement	agressif	démente sénile
12	Alcoolique danger	D.	oui	soins	-	alcoolique
13	mari	C.P.O.A	oui	internement	agressif	hystérie
14	voisine	S.S.M.	non	soins	culpabilisé	hystérie
15	CPOA	D.	non	soins	-	dépres.Chron.
16	A.S. employeur	D.	non	soins	-	sensitif

Hl Gl : hôpital général

S.S.M. : service social Mairie

D. : direct

3) Motif du signalement

Nous allons analyser les formulations des signalements rapportés et retenir :

*s'il existait des troubles du comportement ayant provoqué le signalement,

*si ceux-ci étaient préjudiciables pour les "signaleurs"

*quel est le désir conscient exprimé dans l'acte de signaler

*et quel est le désir inconscient

a) tous les signalements ont été motivés par les troubles du comportement provoqués par les "signalés"

b) ces troubles du comportement :

*ont entrainésun préjudice certain pour le "signaleur" dans 10 cas (2,3,4,6,8,9,10,11,12,13)

*n'ont entrainé aucun préjudice pour lui dans 6 cas (1,5,7,14,15,16)

Nous n'avons pas voulu retenir pour préjudiciable l'absence de leur lieu de travail des deux patients signalés par leur employeurs (5 et 16),

Ni l'aggravation de l'état de santé d'une patiente dont la soeur avait la charge malgré le surcroit de travail (ou d'angoisse que cela lui occasionnait) (n°1)

Par contre, nous avons retenu le préjudice certain que pouvait occasionner une patiente démente sénile dans un hôpital général (n°11).

Il faut noter que dans leur formulation la plupart des signalements comportent des caractères d'inexactitudes :

.Certains sont exagérés, voire pathétiques,
.D'autres sont sommaires ou incomplets,
en tout cas, tous sont purement subjectifs.

Ainsi, on nous téléphone pour nous signaler "un fou qui va faire un malheur", ou bien le "malheur" est fait et il y a signalement inexact ou bien il n'est pas fait et, il est bien difficile d'évaluer la part qui revient au procès d'intention.

Les instances psychiatriques (12, 13, 15) accompagnent toujours leur signalement d'une demande précise de prise en charge, dont ils décrivent même parfois les modalités.

A l'inverse, et cela peut se comprendre, tous les autres signalements sont à ce sujet très flous. La demande exprimée pourrait se traduire à première vue par "faîtes quelque chose". En réalité cette interprétation est relativement inexacte et incomplète et il est nécessaire de dégager la demande précise du signalement, ce que nous allons maintenant essayer de faire.

D'abord il est des cas où la demande précise est exprimée explicitement, il s'agit d'une demande :

-d'<u>hospitalisation</u> (n°1)
-d'<u>internement</u> (n°2, 6, 10, 13)

Dans les autres cas il est facile de dégager la demande <u>implicite</u> à travers la formulation, demande :

-d'<u>internement</u> (n°3, 9, 11)
-de <u>soins</u> (n°4, 5, 7, 8, 14, 16)

Les trois rubriques (hospitalisation, internement, soins) ainsi trouvées renvoient :

-pour l'internement : à un désir conscient de rejet, d'exclusion : 7 cas

-pour l'hospitalisation : à un désir conscient de prodiguer des soins au patient mais désir aussi de l'éloigner : 1 cas

-pour les soins : à un désir conscient d'aider le patient soit par le biais de médications, soit par des discussions lorsque la situation n'est pas dramatisée 8 cas.

De la même façon il nous est possible de dégager l'expression du désir inconscient, qu'il soit : agressif ou culpabilisé, nous trouvons :

-agressif : 7 cas
-culpabilisé : 3 cas.

Nous n'avons pas pu analyser les caractères du désir inconscient :

-du service social des employeurs,
-du service social de la mairie,
-des organismes de prévention psychiatrique,
-(d'une voisine que nous n'avons pu rencontrer).

Dans la mesure où il s'agit pour eux d'un signalement dans le cadre de leur fonction, et l'analyse nous conduirait ici au désir inconscient de la société qui a créé ces fonctions, et cela déborderait largement le cadre de ce travail.

EN CONCLUSION

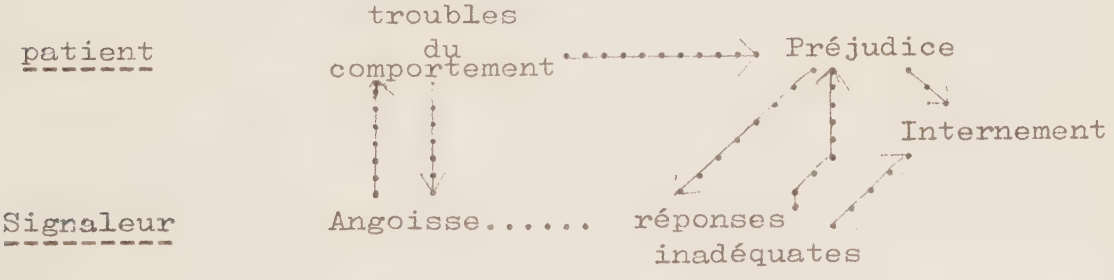
-il résulte de ces données que lorsque le signaleur subit un préjudice (10cas) il réagit de manière agressive presque toujours (7cas) en demandant un internement (7cas)

2) Les trois autres cas où il y a eu préjudice se sont traduits par des demandes de soins. Mais dans deux cas les signaleurs étaient une assistante sociale et un organisme de prévention le préjudice ne pouvant réellement les toucher (8, 12)

-dans un cas le signaleur était un concierge, qui subissait réellement un préjudice, mais qui a été la seule personne des 16 observations rapportées, a assumer le malaise de Melle G. (observ. n°4), sa demande étaitune demande de soins pour lesquels elle a collaboré. Nous pouvons aisément affirmer que son signalement était le seul "normal", dans le sens où elle ne s'est pas déchargé de la responsabilité de Melle G.sur nous.

3) dans les 6 cas où il n'ya pas eu de préjudice les demandes étaient des demandes de soins mais 3 cas émanaient d'organismes officiels (5, 15, 16). Et 3 cas de particuliers dont deux exprimaient une demande culpabilisée avec décharge de la responsabilité du patient sur nous.

4) au total : il nous apparaît que la majorité des signalements répondent à l'enchaînement des réactions suivantes :



C'est-à-dire que le signalement témoigne toujours de la part du signaleur un désir de rejet, d'exclusion du fou.

4) Qu'est-ce que le signalement

Le signalement est un terme policier : on "donne le signalement de quelqu'un", (sous-entendu un malfaiteur) "on signale quelqu'un à l'autorité".

Il est curieux que l'on emploie ce terme pour désigner des malades mentaux qui décompensent, nous allons néanmoins essayer de voir pourquoi.

Avant 1940 60% des malades mentaux hospitalisés à l'"asile" l'étaient en placement d'office, c'est-à-dire qu'ils étaient passés par le circuit : infirmerie psychiatrique près la préfecture de police, placement d'office, asile.

Quant on sait que ce sont, dans ces conditions, toujours despoliciers qui interviennent au domicile, l'expression "signaler quelqu'un à l'autorité" prend tout son sens, et l'on peut penser que le terme de signalement nous vient de là.

Mais c'est oublier que lorsque l'on "signale quelqu'un à l'autorité" il s'agit toujours d'un malfaiteur.

Ce serait penser qu'il y a assimilation du fou au malfaiteur.

C'est effectivement ce que l'on retrouve, dans notre échantillonnage de signalement, où l'on s'aperçoit que le malade mental qui décompense provoque un préjudice contre lequel se défend son interlocuteur par un signalement c'est-à-dire une demande de rejet agressive.

Ainsi le fou et le malfaiteur, confondus, sont l'objet d'une demande d'exclusion (la prison, l'asile) de la part de la société. Cela n'est pas nouveau, et bien connu maintenant depuis M. Foucault.

Néanmoins la demande d'exclusion, nous l'avons vu, est rarement exprimée de manière explicite alors qu'elle l'est le plus souvent de manière implicite.

Cela semble témoigner d'une résistance à exclure le fou, alors que dans le cas du malfaiteur la demande est toujours explicite.

Cette résistance à exclure peut provenir du fait que l'entourage se cache à lui-même que le fou est malade et qu'il n'est pas un malfaiteur.

Ce "refoulement" (le fou est malade) ayant pour avantage d'entraîner pour l'entourage une diminution d'angoisse mais aussi des inconvénients (ou si l'on veut des symptômes) : personne ne pense à appeler un médecin généraliste en présence d'un fou qui va mal, et lorsque nous nous déplaçons sur les lieux nous trouvons exceptionnellement un entourage qui veut bien collaborer avec nous, celui-ci réagissant toujours par des mesures d'évitement.

Ainsi la"folie" n'est pas perçue comme une maladie, mais comme un état de dérèglement qui provoque de l'angoisse et qu'il faut éloigner.

De la sorte le fou nous est imposé, il y a démission de prise en charge de l'entourage et nous est attribué depuis la sectorisation,le rôle d'"épurer " la société de ses déviants" à la place du circuit passant par l'infirmerie psychiatrique, trop désuet.

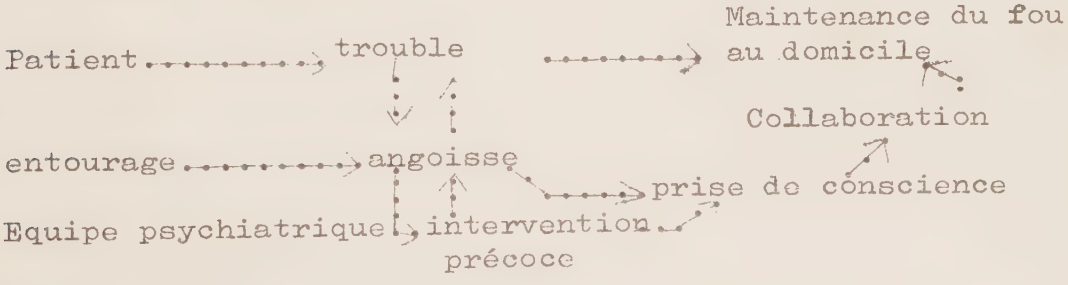
Nous pensons qu'il nous faut accepter ce rôle, non parce que c'est à nous organisme psychiatrique public, de le tenir à la place des policiers, mais parce que c'est le seul moyen, en intervenant sur les lieux, de médicaliser la folie, de refuser l'assimilation du fou à un malfaiteur, de refuser la démission de responsabilité inconditionnelle de l'entourage. C'est à nous d'agir sur l'entourage pour qu'il prenne conscience de ses responsabilités et qu'il arrive à une collaboration dans la maintenance du fou chez lui. C'est-à-dire qu'il nous faut aussi soigner l'entourage, pour qu'il nous aide à prendre en charge la maladie mentale.

Ainsi arriverons-nous à ce que l'entourage mobilisé téléphone de préférence au dispensaire plutôt qu'au commissariat pour nous signaler une rechute ou une aggravation.

C'est à ce niveau qu'il nous faut intervenir si nous voulons qu'une situation soit plus précocément redressée, que le recours à l'hospitalisation soit plus rare.

Il nous faut avanttout arriver à réduire le délai qui existe entre l'éclosion d'une demande distordue par le patient que l'entourage ne comprend pas et qui réagit par des réponses inadéquates et le moment où elle nous est signalée toujours tardivement et quand la situation s'est considérablement aggravée.

Il nous faut substituer l'enchaînement de réaction précédent par celui ci :



III - Les Psychotiques et la visite à domicile

La visite à domicile chez le psychotique voit ses indications dans plusieurs situations :

1) rétablissement d'une relation interrompue

Nous croyons avec Ph. Paumelle que "ce sont les psychotiques qui se font le plus souvent oublier. C'est parce que le psychotique ne peut bien souvent verbaliser une demande claire de soins, qu'il ne suffit pas de l'attendre dans une consultation".

Il est fréquent que des psychotiques suivis régulièrement au dispensaire ne se présentent plus aux rendez-vous prévus avec eux.

Il est légitime de s'en inquiéter, d'analyser les motivations probables et de faire la part des avantages (rupture maturative) et des inconvénients (crises psychopathologiques fécondes : fuite, retrait, claustration...) d'une telle rupture de contact.

Une visite à domicile réalisée dans ce contexte aura pour but de rétablir la relation thérapeutique interrompue et de faire revenir le patient aux consultations au dispensaire avant une agravation de son état.

Il ne suffit pas avec les psychotiques "de les attendre dans une consultation", mais de savoir intervenir à temps pour assurer la continuité des soins.

Nous éviterons ainsi unehospitalisation coûteuse pour ces patients qui trouveront à l'hôpital psychiatrique des structures prêtesà accepter leur régression : il y aura démission des responsabilités familiales, pécuniaires, professionnelles, arrêt de travail prolongé, suradaptation pavillonnairre...autant de facteurs qu'il faudra surmonter pour envisager une sortie.

La visite à domicile réalisée à temps et ayant évité une hospitalisation permettra une prise en charge extra hospitalière : "c'est dans la vie réelle qu'il faut permettre au malade de se restructurer réellement".

2) "Accrochage" d'un patient signalé

La demande chez le psychotique est toujours déformée, distordue, et donc mal entendue par l'entourage.

Nous avons déjà vu que l'entourage habituel de ce patient se défend par une série de réponses inadéquates et un signalement, ne pouvant entendre l'appel au secours.

Nous déplacer en visite à domicile à l'occasion d'un signalement c'est intervenir (=venir entre) dans la trame socio-familiale de ce patient en permettant une écoute appropriée et en lui fournissant, avec Winnicott, "les conditions qui lui permettent de se décharger sur nous du fardeau de l'environnement internalisé, devenant ainsi un nourrisson très dépendant, immature mais réel."

C'est-à-dire que bien souvent notre seule présence en tant que soignants, capables d'une certaine empathie, et capables de ne pas céder à la panique habituelle de l'entourage, permet l'établissement d'une relation thérapeutique

C'est "au lieu même où nait la situation aliénante qu'il convient de débuter la psychothérapie". Pour cela il faut savoir inculper à l'entourage de notre patient le réflexe de nous téléphoner au début de l'aggravation plutôt que tardivement au commissariat.

La visite à domicile est toujours bien vécue par le psychotique à qui elle rappelle des comportements archaïques : soins nourriciers importants, mobilisation de l'équipe en temps et en déplacement, médicaments apportés au domicile...

Mais deux travers sont habituels ; et il faudra savoir les éviter : la famille pourra nous manipuler en nous contactant inconsidérément ou volontairement de façon exagérée, et le patient trop satisfait de nos visites répétées pourra s'installer dans un état régressif à son domicile.

3)la famille du psychotique

"Aller dans une famille de psychotique c'est aller au sein de la psychose".

L'équilibre du système dynamique d'une famille repose sur un accomodement qui se fait au détriment d'un ou plusieurs membres parmi les plus faibles de la famille.

Ceux-ci seront désignés comme "malades", le malade étant le symptôme de la structure pathologique de la famille.

Toute prise en charge psychothérapeutique du patient en est rendue impossible puisque la relation se passe réellement entre nous et un morceau du "tout familial"

Une prise en charge du patient par les visites à domicile permettra d'aborder les conflits familiaux dont il est le résultat.

Nous pensons avec J. Hochmann que "le traitement du malade mental dans sa famille est le traitement de cette

famille elle-même, considérée comme une institution malade".

Traiter le malade isolément est insuffisant si l'on ne touche pas aux noeuds familiaux.

Un malade hospitalisé retourne dans sa famille, il y retrouve immanquablement le réseau familial inchangé dont il est le symptôme et a toutes les chances de rechuter.

Au mieux il s'adaptera et nous verrons alors un autre membre de la famille décompenser : notre patient a modifié l'équilibre du système familial au détriment d'un autre élément de ce système.

C'est pourquoi il ne faut plus se contenter d'agir sur le patient "désigné" mais considérer que le "patient" c'est la famille dans sa totalité. L'action doit porter sur la dynamique familiale, sur la communication dans le dialogue perturbé du système familial et la pratique des visites à domicile au sein de la famille est une voie d'abord nouvelle de ces problèmes.

Après ces considérations théoriques tirées de notre expérience, nous allons voir dans le détail ce qui a été réalisé.

Dans notre pratique d'un an de visite à domicile nous avons visité 9 psychotiques :

*dans trois cas il s'agissait "d'accrocher" un patient qui avait été l'objet d'un signalement :

-dans le cas de Melle G. (N°4) nous avons décrit les circonstances des visites à domicile et le succès obtenu,

-dans deux cas, Melle R. (N°3 que nous avons décrit) et Mr G. (n°2), nous avons constaté un échec, ces

ces patients étant trop réticents et à un stade avancé de décompensation. Nous nous sommes alors contentés d'envoyer une lettre au signaleur, dans laquelle nous constations notre échec et notre impossibilité d'aller plus loin (devant une porte fermée), en joignant néanmoins l'adresse du commissariat duquartier. Un seul de ces deux patients a dû être hospitalisé. L'autre s'étant finalement stabilisé de lui-même (Melle R. n°3) ou peut être du fait de nos quatre interventions.

*dans deux cas il s'agissait de rétablir une relation :

-nous avons constaté un échec avec Melle O(n°5)

-et un succès avec Mr S. (n°19), qui étant hospitalisé à l'hôpital de jour n'y venait plus : une seule V.A.D a débloqué cette situation.

*dans quatre cas nous avons été dans la famille :

-pour Mr St O. (n°20) il s'agissait de dénouer certains conflits entre lui et sa femme. Cela fait plus de huit mois maintenant qu e nous réalisons ce type de prise en charge.

-pour Mr D. (n°17) une seule visite à été nécessaire pour juger ou non de l'opportunité d'une éventuelle hospitalisation. Nous n'avons pas réalisé celle-ci à la suite de la visite à domicile et Mr D. est toujours suivi au dispensaire.

-pour Melle R. (n°1) nous avons vu qu'il a fallu l'hospitaliser.

-enfin pour Mme G. (n°18) nous voulions également savoir si une hospitalisation était justifiée, et une seule visite à domicile nous en a montré l'inutilité, Mme G. est encore suivie au dispensaire.

IV - Les déments séniles

La sénescence est un processus biologique général qui intervient à tous les niveaux d'intégration de l'organisme, et dont les manifestations au niveau des fonctions supérieures sont primordiales une détérioration des capacités opératoires de l'intelligence, des difficultés d'acquisition intellectuelle, une difficulté d'adaptation à des situations nouvelles, et au niveau de la personnalité, une tendance à la régression narcissique (avec égocentrisme, réduction des intérêts réfuge dans le passé, évitement au changement...)

Ces modifications physio-psychologiques impliquent la nécessité d'un remaniement important de la répartition de l'énergie pulsionnelle, pour l'homme vieillissant.

Il s'agit pour le vieillard, qui doit s'habituer à sa vieillesse, c'est-à-dire à une diminution de ses capacités globales, de renoncer en grande partie aux investissements énergétiques anciens, tels que le désir sexuel, le travail, etc... et de pouvoir réinvestir cette énergie libidinale dans des activités plus propres au 3è âge.

On comprend aisément que cela entraîne parfois une véritable crise, et que l'on peut observer des troubles fréquents : réactions de refus, dépression, angoisse, repli narcissique.

La solitude, fréquente à cet âge, vient encore rendre plus précaire, l'adaptation du vieillard au milieu. Celle-ci résulte de nombreux facteurs : disparition des proches du fait du grand âge, difficulté d'élargir le cadre relationnel et diminution du contact avec le monde extérieur (vécu souvent comme hostile.)

Pour compléter le tableau, viendront souvent l'handicaper des affections organiques invalidantes et douloureuses, et surtout des conditions matérielles qui seront quasiment toujours insuffisantes ; pensions et retraites maigres, logements vétustes et insalubres.

Le patient déficitaire (démence présénile, démence sénile) se place a un niveau de détérioration supérieure du fait de troubles des fonctions de mémoire (d'évocation et de fixation), d'orientation (dans le temps et l'espace), cognitive, praxique et d'expression. Ce qui, surtout, caractérise cet état de désintégration de"l'être raisonnable", c'est la désintégration de l'intelligence humaine, la régression très profonde (le dément "revient en enfance"), la perte du fonds mental.

Le dément est moins bien armé encore que le vieillard pour maintenir une intégration sociale.

Il possède néanmoins encore quelques repères : il s'accroche à des lieux, des habitudes, des objets ou des personnes qui lui sont familiers et qui lui assurent un semblant d'intégration, et dont la disparition entraînerait la dérive complète.

Il lui est quasiment impossible de nouer des attaches avec un cadre et des personnes nouvelles.

Ainsi, il est fréquent de voir des "petits déments séniles" maintenus en équilibre dans leur cadre naturel, sous surveillance et thérapeutique, littéralement s'effondrer, perdre leurs dernières capacités, lorsque se cadre vient à leur faire défaut.

Cette accélération du processus de démentalisation étant une constante dans les cas de transplantation.

Les six patientes démentes séniles, de l'échantillonage de nos observations, présentent plusieurs caractères communs :

-1- ce sont toutes des femmes

-2- dans l'ensemble très âgées

-3- elles étaient [illegible] isolées, dans le sens où il n'y avait pas de structure familiale pour les accueillir, et l'on sait que la solitude précipite le processus de démentalisation et est responsable de la pathologie additionnelle (trouble du comportement et du caractère, vécu persécutif, état [illegible], agitation nocturne, vol..)

-4- elles nous avaient été toutes signalées et l'on sait maintenant ce qu'un signalement veut dire : tout d'abord que cela témoigne d'un rejet par l'entourage et ensuite que nous arrivons très tard après l'apparition des premiers troubles (si nous les avions connus plus tôt, on aurait pu enrayer le processus de démentalisation à un meilleur niveau).

Le sentiment de rejet par l'entourage ne peut qu'accentuer le vécu insécurisant qu'ont déjà ces malades, du fait de leur troubles, et qu'agraver leur isolement, (pour lequel elles ont déjà une tendance, ayant peur de tout changement) facteur supplémentaire de désinsertion.

-5- trois de ces six patientes étaient trop détériorées lorsque nous les avons connues, et surtout étaient sujettes à d'importants troubles du comportement qui occasionnaient un préjudice important pour l'entourage ; pour elles une hospitalisation s'est imposée (deux dans notre service n°6,10 et une en service n°9).

-6- les trois autres, présentant des capacités de maintenance à l'extérieur, ont été suivies en V.A.D. pendant une période s'échelonnant de 3 à 9 mois et ont dû finalement

être hospitalisées ; pour une d'entre elle (n°11) du fait de l'apparition d'un délire entraînant de nombreux troubles du comportement ; pour une autre (n°8) du fait du décès de l'amie avec qui elle vivait et qui était un facteur important d'intégration, enfin la dernière (n°7) du fait de la lassitude de la parente qui l'avait prise en charge.

A côté de la dévalorisation, dans notre société et de nos jours, du 3è âge, on assiste à un rejet de tous les lieux de soins des vieillards et patients détériorés. "Une catégorie de vieillards, faisant l'objet d'hospitalisation à notre avis abusive en psychiatrie comprend des individus impotents, grabataires ou demandant des soins particuliers et présentant un début de syndrome psycho-organique sur base artériosclérotique ou sénile. Atteints de turbulence nocturne et de désorientation, ils aboutissent dans un service de psychiatrie, car ils sont mal supportés dans les services d'hôpital général, dans l'hospice, ou dans les maisons de vieillards déjà surencombrées. Des soins ambulatoires appropriés auraient sans doute permis dans ce cas, d'éviter ou, pour le moins de retarder leur internement" (J.L.Villa).

Il est vrai que l'hôpital psychiatrique est considéré par beaucoup comme un "dépotoir" et que de nombreuses institutions psychiatriques subissent des pressions constantes pour s'occuper des problèmes de la vieillesse qui débordent largement le cadre de la psychiatrie.

Ceci a deux conséquences :

- on donne une réponse mal adaptée à la pathologie présentée qu'on ne fait qu'accroître.

Il en résulte souvent un encombrement des services hospitaliers psychiatriques dont la dynamique se sclérose forcément devant l'alourdissement considérable que cela entraîne dans la vie institutionnelle des pavillons de secteurs.

C'est pourquoi, l'intervention d'un service psychiatrique, dans un cas de démence sénile n'a donc qu'un objectif : maintenir dans son milieu naturel le patient le plus longtemps possible.

Son action doit être triple :

1- assurer une présence compréhensive qui s'oppose à la solitude et à l'anxiété. Le maternage et les autres techniques tendant à restaurer une image satisfaisante de soi trouvent ici leur indication.

2- recourir à des prescriptions médicamenteuses pour retarder le processus de détérioration, pour lutter contre les manifestations thymiques, les troubles du caractère et du comportement, faciliter le sommeil,

3- enfin l'action sur l'entourage est capitale en lui permettant de réassumer un soutien éclairé au contact du soignant auprès duquel il aura tendance à s'identifier.

Mais la possibilité de cette action repose sur des conditions nécessaires :

-de la part du patient il est indispensable qu'il possède une situation matérielle suffisante, qu'il garde une certaine efficience psychique et que les troubles du comportement soient mineurs.

-de la part de l'entourage la collaboration thérapeutique est essentielle....

-de la part de l'équipe psychiatrique est

indispensable une grande disponibilité d'action et le recours à des moyens variés et multiples (aide ménagère...)

A la lumière de ces données, et en ce qui concerne les déments séniles, il apparait que notre action à surtout été entravée par notre manque de disponibilité : impossibilité de se déplacer plus d'une fois par semaine, absence du personnel (infirmiers de secteurs) et de vraie permanence d'une "équipe" au dispensaire qui ont rendue impossible l'hospitalisation à domicile (H.A.D.) qui aurait été indiquée pour les trois patientes suivies (n°7, 8, 11) celle-ci pouvant se définir comme "un mode de prise en charge thérapeutique étroit, et pendant une durée déterminée, d'un patient à son domicile, par l'entourage familial qui participe activement avec l'équipe soignante, laquelle, par des visites fréquentes et répétées apporte des soins intensifs sous formes diverses : soins, médicaux, soins psycho-thérapeutiques, dynamique relationnelle."

Faute de quoi, les V.A.D. espacées ne peuvent réaliser qu'un mode de prise en charge à minima insuffisant dans la maintenance à l'extérieur des D.S.

IV - Le groupe divers et la Visite à Domicile

Dans le groupe divers nous avons sept observations qui sont constituées par :

-2 alcooliques (12, 21)

-1 épileptique (22)

-4 névrosés (13, 14, 15, 16).

Dans le cas de Mr D. (12), nous nous sommes déplacés sur sa demande. Il avait prétexté une impossibilité à quitter son domicile. Nous avons déjà vu que cette impossibilité était un prétexte pour que nous nous rendions chez lui, prétexte sous tendu par un désir de nous manipuler.

Dans trois cas nous sommes allés en visite à domicile chez des malades qui ne pouvaient réellement se déplacer :

-Mme V. (14) était clouée au lit, bien décidée à se laisser mourir.

-Mme J. (13) pouvait difficilement se déplacer en raison de l'ostéite de sa jambe.

-Mme S. (22), épileptique, suivie au dispensaire a demandé une visite à domicile à l'occasion d'une bronchite qui ne lui permettait pas de sortir et alors que sa réserve de médicaments arrivait à sa fin.

Restent trois patients :

-Mr F. (16) avait coupé toute relation, et les trois visites à domicile effectuées avaient pour but "d'accrocher" à nouveau ce malade. Nous avons décrit l'échec de cette tentative.

-Mr Y. (15) avait prétexté une impossibilité à se déplacer pour nous décourager d'intervenir, L'unique V.A.D. réalisée n'a pas eu de suite, avec ce patient réticent.

Mr G. (21) a été visité plusieurs fois dans une optique socio-familiale. Nous voulions apprécier la place qu'il occupait dans sa famille et essayer de mobiliser celle-ci en sa faveur.

De ces observations nous tirons les conclusions suivantes :

-La relation avec le névrosé est différente d'avec le psychotique. Il est capable d'investir du temps et de l'énergie au niveau d'une relation thérapeutique, donc capable de se déplacer au dispensaire.

-nous pensons que les visites à domicile en ce qui concerne les névrosés doivent être exceptionnelles, et surtout ne pas être faites systématiquement.

-Elles doivent être discutées au préalable et répondre à des indications précises :

1) lorsque le patient déclare ne pas pouvoir se déplacer, il faut savoir déceler une tentative de manipulation et s'abstenir de toute intervention. En dehors de ce cas, la visite à domicile nous semble tout à fait justifiée, entrant dans le cadre de la continuité des soins. Elle permettra d'ailleurs biensouvent d'améliorer la relation,

2) accrocher un patient qui a rompu une relation par une visite à domicile nous semble bien illusoire. De la même façon qu'un névrosé peut investir une relation il peut la désinvestir.

Dans le cas du psychotique, nous avons vu qu'une pareille conduite relevait de l'ambivalence. Cette ambivalence laissant une place à une demande d'aide implicite.

Ici ce n'est pas le cas, et il nous semble qu'une isite à domicile dans ces conditions ne modifie en rien la écision du névrosé

3) les visites à domicile au sein de la famille éunie gardent ici toute leur valeur , surtout pour désarmorcer es situations difficiles (sociales, professionnelles...), mais l ne faut pas en exagérer ni le nombre ni l'importance.

Si la structure familiale peut ici aussi réér le patient-symptôme, il lui est plus facile de s'en ibérer : la relation thérapeutique avec le névrosé ne se fait as avec un morceau du tout-familial mais avec lui seul. Et il eut aisément s'il le désire, s'apercevant au cours de la hérapie de relations pathologiques dans son entourage, en hanger, sans qu'il soit par ailleurs nécessaire d'agir sur a famille.

C O N C L U S I O N

- C O N C L U S I O N -

L'expérience d'un an de visite à domicile, dans le cadre d'un dispensaire d'hygiène mentale d'un arrondissement de Paris, nous a amenés à répondre à trois questions :

1) Comment sommes-nous amenés à voir des patients au cours de visite à domicile :

les 22 observations étudiées se répartissent en

- 70% de patients visités à l'occasion d'un signalement,

- 30% de patients déjà connus et dont la visite à domicile constitue une continuité de prise en charge

La visite à domicile, à l'occasion d'un signalement, pose essentiellement le problème d'un contact de "prime abord" le plus souvent délicat, en raison même de l'état du patient qui a motivé le signalement.

2) Quels sont les patients que nous sommes amenés à voir.

Les 22 observations étudiées se ventilent en :

- patients déficitaires 6 cas =
- psychoses chroniques 9 cas =
- divers (névrose, alcoolisme...) 7 cas =

soit trois groupes relativement équilibrés.

... / ...

3) Qu'y faisons nous !

1- dans le groupe des patients déficitaires :

il s'agit d'apporter une aide à trois niveaux

- psychothérapique, de soutient,
- biologique,
- social, en agissant sur l'entourage,

de façon à maintenir le plus longtemps possible à son domicile le malade détérioré qui le plus souvent "perd pied" dès qu'on le transplante.

2- dans le groupe des psychoses chroniques :

Notre action est plus complexe et trouve ses définitions dans chaque cas.

Néanmoins la visite à domicile apparaît comme une technique d'appoint dans la maintenance du psychotique à l'extérieur notamment :

- à l'occasion d'une évaluation de la pathogénie familiale
- lors d'une rupture de contact, la visite à domicile essaie de rétablir la continuité psychothérapique.

3- dans le groupe divers :

Il apparaît que la demande est bien moins forte puisque le contact se brise assez rapidement.

A ces indications, il faut rapporter les échecs qui peuvent ici esquisser les contre indications :

- chez des patients détériorés c'est essentiellement un trop grand déficit
- chez les psychoses chroniques ce sont les états aigüs où la parole se situe à un niveau inaccessible
- enfin, le manque de disponibilité de notre part, que ce soient l'absence d'infirmiers de secteur (dans notre cas), l'absence de vraie permanence au dispensaire, ou que ce soit bien souvent l'impossibilité de répondre à certains types

B I B L I O G R A P H I E

- ACKERMANN

  The Psychodynamics of family life
  Basic Books - 1958

- COOPER

  Psychiatrie et antipsychiatrie
  Seuil 1970

- AILLERIE-CERVO
  Problèmes posés par la pratique psychiatrique des V.A.D.
  Thèse Paris-Créteil 1972

- CHANOIT

  Tendances actuelles de l'assistance psychiatrique vers une assistance dégagée de la notion d'aliénation.
  Thèse Paris 1955

- CHANTEREAU

  La V.A.D. du malade psychiatrique
  Thèse Paris 1972

- DELAMARRE

  Approche familiale
  Thèse Lyon 1972

- DUCHENE, BAILLY SALIN

  Le travail extra-hospitalier
  in E.M.C.

- FOUCAULT

  Histoire de la folie
  Plon 1961

- GENTIS

  Les murs de l'asile
  Maspéro 1973

- HOCHMANN

  Pour une psychiatrie communautaire
  Seuil 1971

- LADOVITCH

La V.A.D. en psychiatrie
Thèse Paris Lariboisière 1973

- LAING, ESTERSON

L'équilibre mental, la folie et la famille

- MANNONI

Le psychiâtre son fou et la psychanalyse
Seuil 1970

- NICAISE

Fondement théorique de la Psychiatrie de secteur
Thèse Paris 1961

- RACAMIER

Le psychanalyste sans divan
Payot 1970

- VINCENT

Soins à domicile
Thèse Paris Salpétrière 1973

R E V U E S

Annales Médico Psychologiques
1968 Tome 2 n° 2

L'Evolution Psychiatrique
1973 Tome 38 Fascicule 1
AZOULAY J. PREVOST J. JANY J.C. LE GUILLOU A.
ORSINI F. BORDES J.

"colloque sur la continuité des soins dans un service psychiatrique public"

L'Information Psychiatrique
.1969 Volume 45 n° 9
M. JONES
"Psychiatrie sociale : au delà de la communauté thérapeutique"

.1969 Volume 45 n° 4
R. KOECHLIN et E. KOECHLIN
"l'individu malade, l'institution et le secteur"

.1969 Volume 45 n° 10
PH. PAUMELLE J. PREVOST
"les modalités de l'intervention à domicile en psychiatrie de secteur".

A. ROULLET M. ROLLET
"infirmier visiteur et travail psychiatrique à domicile."

WOODBURY M.A. et M.M.
"psychiatrie communautaire à Paris.

WOOBURY M.A. et M.M.
1969 Volume 126 n° 5
"the American Journal Of Psychiatric Intervention : a Pilot Project in the 13è arrondissement in Paris"

.1970 Volume 46 n° 10
Ph PAUMELLE
"l'apport psychanalytique à la pratique psychiatrique du secteur."

.1971 Volume 47 n° 2
F. BASAGLIA
"l'assistance psychiatrique comme problème antiinstitutionnel

.1972 Volume 48 n° 8
DIATKINE G.
"la psychiatrie de secteur et les urgences"

.1973 Volume 49 n° 10
Equipe soignante Hôpital CHARCOT PLAISIR
"les visites à domicile"

Ph. PAUMELLE et coll.
"rapport du centre de santé mentale du 13è arrondissement"

.1975 Volume 51 n° 2
DREYFUS L. BRANCHU G. SOULIE J.
"une observation d'un patient psychotique suivi à domicile"

IMMEX
1969 Volume 6 n° 8/9
FAURE, LISFRANC
"la sectorisation"

4è Congrès National Gévip Mai 71

Perspectives Psychiatriques
1972 n° 37
DEBRANE E.G.
"la psychiatrie de famille : une perspective"

Psychiatrie Aujourd'hui
1973 n° 14
"le secteur"

Vie Sociale et traitement
1971 n° 84
FABIEN F.
"le travail en milieu ouvert ou H.A.D."

1973 n° 95
Une équipe soignante Hôpital CHARCOT PLAISIR
"le travail psychiatrique à domicile"

BERNARD P.
"le secteur"

Recherches n° 11
J. OURY et F. TOSQUELLES

Confrontations psychiatriques n° 5 1970 J.L. VILLE

Psychiatries 1973 n° 8
BONAMOUR P. BOURGUIGNON A. BOUTTIER D. GRIVOIS H.
LEMPERIERE T. VATIER J.
"psychiatrie hospitalière et psychiatrie de secteur."

Vu et permis d'imprimer

Le Doyen
H. JEROME

Le Président de l'Université
J. FREZAL

Le Président de la Thèse
Pr. Y. PELICIER